Nr. 45. 8 listopada 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne

Doc. Dr. J. GREK. Lwów.

Sepsis Meningococcica [1]).

Z kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie. Dyrektor: Prof. Dr. R. Rencki.

Zakażenie dwoinką Weichselbauma, opisaną przez tegoż autora w roku 1887. dać może bardzo zmienne objawy anatomiczno-kliniczne, zależne od jadowitości zarazka, a także od odporności zakażonego ustroju. Dwoinka meningokokowa, jak to wykazały badania bakterjologiczne Albrechta i Ghona, a także badania anatomo-patologiczne Westenhofera sadowi się przedewszystkiem w jamie nosowo-gardzielowej nie dając żadnych objawów miejscowych lub też wywołując mniej lub więcej ostry nieżyt błony śluzowej. W pewnych sprzyjających warunkach może dwoinka meningokokowa dostać się *per continuitatem* do oskrzeli, płuc, ucha środkowego, przez kanał noso-łzowy do worka spojówkowego i wywołać tamże swoiste zapalenie. Przyjmowano zarazem przez czas dłuższy, że i do opon mózgowych przedostaje się dwoinka przez blaszkę sitową kości sitowej, a następnie przez otoczki limfatyczne wzdłuż nerwów czaszkowych. Przeciw takiemu zapatrywaniu przemawiał jednak fakt, iż prąd limfy idzie nie od jamy nosowo-gardzielowej ku jamie czaszkowej, lecz w kierunku odwrotnym. W ostatnich czasach ogłaszane przypadki wskazują, iż dwoinka meningokokowa może również wtargnąć do krwiobiegu, a wtedy wywołuje posocznicę bez lub z umiejscowieniem się w którymś z narządów wewnętrznych. Najczęstsze umiejscowienie się — to opony mózgo-rdzeniowe, a więc drętwica karku, tak częste schorzenie wywołane przez ten zarazek.

Do niedawna jeszcze znaliśmy tylko jeden typ dwoinki meningokokowej Weichselbauma i ta uważaną była jako jedyny czynnik patogenetyczny tego schorzenia. Badania licznych autorów w ciągu ostatnich lat kilkunastu wykazały jednak, iż dwoinki Weichselbauma pod względem serologicznym różnią się między sobą tak, iż obecnie rozróżniamy kilka typów meningokoków, a mianowicie: typ A, B, C, i D, z których każdy w pewnych warunkach wywołać może zakażenie zupełnie do siebie podobne pod względem klinicznym i anatomicznym.

W okresie wstępnym meningokok dostawszy się do ustroju znajduje się prawie stale w wydzielinie jamy noso-gardzielowej. Nie tylko chorzy z powodu meningokokcemii, lecz również i jednostki zdrowe, które pozostawały w styczności z chorymi mogą nosić w swej jamie noso-gardzielowej swoiste zarazki, a tem samem być niebezpiecznemi dla otoczenia.

Czas trwania meningokoka w jamie noso-gardzielowej jest bardzo różny. Niektórzy autorowie obliczają go na przeciąg około dni 15-stu, w niektórych przypadkach znika zarazek już po 5—6 dniach, w innych znowu daje się stwierdzać przez przeciąg nawet i kilku miesięcy — fakt dużego znaczenia ze względu na zaraźliwość jakoteż na zapobieganie.

W etjologji zakażenia meningokokami ważną rolę odgrywa wiek. Dzieci i osobniki młode płacą zwykle największy haracz w tej chorobie, jednak i wiek starszy nie jest również w zupełności oszczędzany. Nędza, niedostateczne odżywianie się, złe warunki mieszkaniowe i higjeniczne tłumaczą nam dostatecznie częstość przypadków tego schorzenia po miastach, a przedewszystkiem w klasie robotniczej i ludności ubogiej. Sprzyjać będzie zasadniczo zakażeniu ciężka praca i przemęczenie, a także i pora roku; najwięcej przypadków zdarza się w zimie lub z początkiem wiosny.

Umiejscowienie się i obecność meningokoka w wydzielinie noso-gardzielowej tłumaczy zaraźliwość i sposób szerzenia się tej choroby przedewszystkiem przez styczność chorego ze zdrowym. Przez mówienie, kichanie, kaszel chorzy rozsiewają wokoło siebie cząsteczki wydzieliny noso-gardzielowej, w której znajdują się zarazki i w ten sposób zakażają twarz, ręce, ubranie osób zdrowych, znajdujących się w ich otoczeniu. Ten bezpośredni sposób zakażania uważany jest słusznie za najczęstszy. Zakażenie pośrednie jest już mniej częste z powodu małej odporności życiowej meningokoka wydalonego na zewnątrz. W pewnych jednak przyp. zarazek osłonięty wydzieliną noso-gardzielową zachować może swoją żywotność czas dłuższy, nawet 36—48 godzin i w tych przypadkach bielizna, ubranie, pościel mogą być przyczyną szerzenia się zakażenia. Ten jednak sposób zakażania się jest znacznie mniej częsty i groźny aniżeli bezpośredni.

Meningokok dostawszy się do ustroju, do jamy noso-gardzielowej wywołuje mniej lub więcej ostre objawy nieżytu nosa. Natężenie tego nieżytu może być różne. W pewnych przypadkach nieżyt błony śluzowej objawiać się będzie obfitą wydzieliną z nosa wodnistą, a nawet ropną, trwać może dni kilka, a nawet i dłużej. W innych znowu przypadkach objawy nieżytu są bardzo lekkie, charakteryzują się jedynie przez swą uporczywość. Nierzadko zmiany na błonie śluzowej są tak nieznaczne, iż nie zwracają nawet uwagi chorego. Badaniem przedmiotowem stwierdzić można wówczas przekrwienie, zaczerwienienie i obrzęk błony śluzowej jamy noso-gardzielowej, wydzielinę gęstą i lepką, czasami nawet ropną, a zawierającą meningokoki.

Z jamy noso-gardzielowej, gdzie meningokok początkowo się sadowi i rozmnaża, wtargnąć on może w dalszym ciągu do krwiobiegu i wywołać posocznicę meningokokową. Według zdania niektórych autorów zapalenie nagminne opon mózgowych poprzedzane jest zawsze okresem dłużej lub krócej trwającej meningokokcji. W niektórych przypadkach meningokokcja rozwija się samoistnie pod postacią posocznicy czystej, wywołując rozmaite powikłania, jako następstwo zakażenia meningokokami, opony mózgo-rdzeniowe pozostają nietknięte. Przypadki takie choć nie częste, nie są wyjątkowe, pojawiają się od czasu do czasu wśród epidemicznie występującego nagminnego zapalenia opon mózgo-rdzeniowych, a wówczas rozpoznanie nie przedstawia zbyt wielkich trudności. Występować mogą jednak w przypadkach odosobnionych i wtedy rozpoznanie natrafiać może na pewne trudności.

Z punktu widzenia klinicznego posocznica meningokokowa przebiegać może pod pewnemi postaciami i wśród pewnych objawów. Opierając się na pracach autorów francuskich, którzy pod tym względem rozporządzają największym odnośnym materjałem klinicznym, możemy rozróżnić następujące postacie:

Postać gwałtowna, piorunująca rozwija się szybko wśród ogólnego niedomagania i znużenia, silnego dreszczu z następową wysoką gorączką, silnego podniecenia, majaczenia, a nawet drgawek o typie epileptoidalnym. Twarz chorego sino-blada, jak również kończyny. Na skórze mniej lub więcej obfita wysypka plamista lub petociowa,

[1]) Wykład zgłoszony na XII. Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Warszawie 1925 roku.

mniej lub więcej wyraźne podskórne wylewy krwi. Szybko występujący zapad, oddech Cheyne-Stokes'a i śmierć wśród tych objawów już w 24—36 godzinach od czasu wystąpienia pierwszych objawów.

Postać ostra częstsza aniżeli poprzednia przedstawiać może różne typy. Przedewszystkiem forma krwotoczna zaczynająca się dreszczami i szybkiem wzniesieniem ciepłoty wśród uczucia silnego niedomagania. Już w kilka godzin po pierwszych objawach na tułowiu i brzuchu, na wewnętrznej stronie ud, a także w okolicy stawów pojawiają się wybroczyny rozmaitej wielkości i kształtu, często zlewające się ze sobą. Wystąpić mogą i wylewy krwi podskórne mniej lub więcej rozległe. Objawy te po pewnym czasie mogą ustąpić i następuje wyleczenie. Częściej jednak wśród utrzymującej się wysokiej gorączki, rozległych wybroczyn podskórnych, występują krwotoki jelitowe, krwawienia z dróg moczowych, częste a obfite biegunki, wymioty, a wreszcie zapad i śmierć.

Postać durowa, jak już sama nazwa wskazuje, przybiera często formę duru brzusznego. Ciepłota podnosząc się stopniowo lub też po jednym lub kilku dreszczach przechodzi w gorączkę stałą. Wyraźne objawy ze strony przewodu pokarmowego, jak silnie obłożony język, wzdęcia brzucha, biegunka, a także ostry obrzęk śledziony. Na skórze brzucha pojawiają się różowe guzki, zupełnie podobne do różyczki duru brzusznego. W niektórych przypadkach widzimy na skórze charakterystyczne zmiany, wspólne zresztą dla każdego typu zakażenia ogólnego, pod postacią rumienia wielokształtnego lub guzkowego, także bóle w stawach, a nawet ostre zapalenie stawów. Objawy te łagodniejąc cofnąć się mogą zupełnie, o ile powikłanie jakieś nie sprowadzi katastrofy.

W pewnych przypadkach posocznica meningokokowa przebiega pod postacią podostrą, przewlekłą, trwającą przez szereg tygodni, a nawet i wiele miesięcy. Objawy kliniczne tej postaci podobne do objawów form poprzednich, jedynie tylko mniej są nasilone. Ciepłota o typie zwalniającym lub przepuszczającym. Chorzy uskarżają się na brak apetytu i ogólne osłabienia. Często wyraźne dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego, jak zaparcie stolca lub biegunki. Ostre zmiany w stawach, białkomocz, a wreszcie zmiany na skórze pod postacią rumienia rozmaitego kształtu i wielkości.

Krzywa gorączki u niektórych chorych przypominać może także gorączkę zimniczą i składa się wówczas z trzech klasycznych okresów, a więc: ogólnego niedomagania, bólu głowy i silnych dreszczów, szybkiego podniesienia sie ciepłoty, do 40 stopni C. i wyżej, która po kilku godzinach spada wśród obfitych potów. Postać tę, przypominającą żywo napad zimniczy, nazwali Chevrel i Bourdinière postacią rzekomo-zimniczą.

Posocznica meningokokowa zazwyczaj bogatą jest w powikłania ze strony narządów wewnętrznych. Ze strony narządu oddechowego spotykamy się często z zapaleniami płuc nieżytowemi lub odoskrzelowemi, surowiczem lub ropnem zapaleniem opłucnej. Zarazkiem wywołującym te schorzenia jest zwykle meningokok, czasem inny drobnoustrój wtórnie towarzyszący zakażeniu.

Do rzadkich powikłań należą zmiany ze strony narządu krążenia jak zapalenie wsierdzia lub też osierdzia. Schottmueller w przypadku wrzodziejącego zapalenia wsierdzia potrafił wyhodować z owrzodzeń na zastawkach meningokoka w czystej hodowli.

Na szczególniejszą uwagę zasługują zmiany w aparacie limfatycznym, przedewszystkiem w przypadkach ciężkich, zwłaszcza u dzieci, a więc powiększenie gruczołów limfatycznych także krezkowych, kępek Peyer'a, wyraźne powiększenie śledziony.

Zapalenie torebek stawowych przebiega często pod postacią zapaleń surowiczych lub ropnych, atakując najczęściej stawy kolanowe lub skokowe.

Schorzenia narządu trawienia, spotykane szczególnie w przypadkach ciężkich, objawiają się uporczywemi biegunkami, których przyczyny szukać należy w schorzeniu aparatu limfatycznego przewodu pokarmowego. Spotykano również wyraźne powiększenie wątroby.

Bardzo rzadkiem powikłaniem jest schorzenie nerek. Częściej spotykamy się z zapaleniami jądra, przyjądrza lub pęcherzyka nasiennego; drobnoustrojem wywołującym jest meningokok.

We krwi we wszystkich przypadkach stwierdza się wybitną leukocytozę obojętnochłonną.

W ostatnich kilku miesiącach mieliśmy sposobność spostrzegać w Klinice trzy przypadki posocznicy meningokokowej. Zaznaczyć należy, że wszyscy trzej chorzy, aczkolwiek sprawa chorobowa trwała już u nich przez czas dłuższy, zgłosili się do kliniki ambulatoryjnie, szukając porady. Przebieg choroby, momenty, które pozwoliły nam na rozpoznanie, a także wyniki lecznicze przedstawiam w krótkości poniżej.

Przypadek I.

M. W. l. 41., kupiec w Podwołoczyskach, przyjęty do kliniki dnia 16. II. 1925. w wywiadach podaje:

Brak dziedziczności. W 2-gim roku życia ropień na lewej powiece dolnej, operowany, od tego czasu lekki wytrzeszcz gałki ocznej lewej. Poza tem nie chorował. Początek obecnej choroby dnia 2-go stycznia br. wśród silnych dreszczów, a następnie gorączki do 40° C., która utrzymywała się bez zmiany przez trzy dni. Od czwartego dnia choroby typ gorączki przepuszczający — po dreszczach zwyżka ciepłoty do 40° C. trwająca około 6 godzin, następnie spadek ciepłoty do normy wśród obfitych potów i stan bezgorączkowy przez 16—18 godzin. Dziewiąty i dziesiąty dzień choroby zupełnie bez gorączki. Od 11 dnia choroby tj. od 12. I., aż do czasu przybycia do kliniki codzienne krótsze lub dłuższe dreszcze z następowemi wzniesieniami ciepłoty powyżej 39° C., po 6—8 godzinach spadek wśród potów. W 4-tym dniu choroby zauważył chory pojawienie się wysypki na całem ciele, także na głowie, dłoniach i podeszwach, wysypki guzkowo-plamistej, o zabarwieniu różowem, ciemno czerwonem, a nawet sinem, wielkości ziarna soczewicy do wielkości fasoli, wysypki znikającej i pojawiającej się na nowo. Przez pierwsze trzy tygodnie żadnych dolegliwości podmiotowych, łaknienie dobre, sen spokojny, dokuczały mu tylko codzienne dreszcze jak również poty przy spadku ciepłoty. W 4-tym tygodniu choroby gwałtowne bole głowy połączone z nudnościami, początkowo ból połowiczy po stronie prawej, następnie ból całej głowy. Ból głowy najgwałtowniejszy w okresach bezgorączkowych. W ostatnich dniach przed przybyciem do kliniki natężenie bolów mniejsze, w dniu przybycia do kliniki bole głowy ustąpiły zupełnie.

Chorób wenerycznych nie przebywał, alkoholu nie nadużywał.

Stan obecny przy przyjęciu do kliniki:

Mężczyzna dobrze zbudowany, miernie odżywiony. Skóra na twarzy i kończynach, szczególnie na częściach wyprostnych, na tułowiu i plecach, na krzyżach, łydkach i grzbiecie stóp pokryta licznemi guzkami i plamkami barwy od blado-różowej do żywo-czerwonej, wielkości od ziarnka soczewicy do wielkości grochu, a czasem niektóre nawet do wielkości grosza. Pojedyncze plamki i guzki widoczne na dłoniach i podeszwach.

Czaszka bez zmian. Sztywności w karku niema. Lewa gałka oczna nieco więcej na zewnątrz wysadzona. Spojówki nastrzykane, źrenice bez zmian. Lewy fałd noso-policzkowy nieznacznie wygładzony. Język obłożony, na bokach i koniuszku różowy, wilgotny. Narząd oddechowy bez zmian. Granice serca prawidłowe, nad wszystkiemi ujściami słyszalne tony czyste, akcja serca przyśpieszona, tętno dość dobrze napięte, miarowe, ilość tętna 100 uderzeń na minutę, przy temperaturze 38'9° C.

Wątroba w linji sutkowej dwa palce niżej łuku, średnio twarda, nie bolesna. Śledziona poniżej łuku dobrze macalna, dość twarda, o brzegu nieco grubszym. Brzuch badaniem zmian nie przedstawia. Gruczoły pachwinowe macalne, drobne, nie bolesne. Badanie per rectum zmian nie wykazuje. Odruchy kolanowe utrzymane.

Chory przytomny, uskarża się jedynie na ogólne osłabienie i uczucie znużenia.

W moczu białko i cukier nie obecny, chlorki w ilości prawidłowej, odczyn dwuazowy ujemny. W osadzie pod mikroskopem: nieliczne, dobrze zachowane ciałka czerwone krwi, pojedyncze wałeczki szkliste.

Badanie cytologiczne krwi, pobranej w okresie gorączki wykazuje: C. czerw.: 4,025.000, C. białych: 15900. Hemgl.: 70 Talqu. Wskaźnik: 0.90. Leukocytów obojętnochłonnych: 84'4% (w tem: wielokształtnych: 70'4%, pałeczkowych: 13'6%, młodych: 0'4%). Leukocytów kwasochłonnych: 0'4%, Leuk. zasadochłon-

nych: 0%. Limfocytów małych: 11'6%. Monocytów i przejściowych: 3'6%.

Odczyn Wassermanna i Sachs-Georgi'ego: ujemny.

Odczyn Gruber-Widala na dur drzuszny, dur rzekomy A i B i prątek okrężnicy dwukrotnie: ujemny.

Kilkakrotne badania krwi na obecność plazmodjów zimniczych i krętków duru powrotnego pozostały ujemne.

Trzykrotne posiewy krwi, przeprowadzane w dniach 19. II., 7. III. i 18. III. bakteryj chorobotwórczych nie wykazały.

Dwukrotnem badaniem wydzieliny noso-gardzielowej na płytkach z agar-ascites i na płytkach z agar z krwią-wyhodowano dość liczne gronkowce, łańcuszkowce i pneumokoki. Meningokoków nie wykazano.

Przez czas pobytu chorego w klinice ciepłota zachowuje się jednolicie (patrz tablica). Codziennie po krótszym lub dłuższym dreszczu podnosi się dość szybko do 40° C, czasami nawet wyżej, w niektórych dniach tylko powyżej 39° C, utrzymuje się na tej wysokości przez 10—12 godzin, aby następnie opaść do normy wśród obfitych potów. Tętno zawsze o dość dobrem napięciu, w okresach gorączkowych przyśpiesza się powyżej 120 uderzeń na minutę, w okresach bezgorączkowych waha się około 100.

Wysypka, opisana powyżej, pod postacią wykwitów o rozmiarach wielkości główki od szpilki do wielkości jednego grosza, o charakterze rumienia, gdzieniegdzie nieco wystająca ponad powierzchnię skóry niezmienionej, o zabarwieniu różowem, ciemnoczerwonem, a nawet i sinem. Wysypka ta pod uciskiem blednie, wraca jednak szybko do zabarwienia poprzedniego. Wykwity te umiejscawiają się oprócz tego dookoła torebek włosowych, szczególnie na kończynach górnych tak po stronie wyprostnej jakoteż zginaczy, prowadzą miejscami do wytworzenia się małych pęcherzyków, nieprzekraczających wielkości główki szpilki, o wejrzeniu żółtawem. Wysypka ta w okresie bezgorączkowym blednie znacznie, niekiedy nawet znika zupełnie, pojawia się natomiast w większej lub mniejszej ilości podczas narastania gorączki.

Krew pod względem cytologicznym badana wielokrotnie wykazuje stale te same zmiany. I tak pobierana czyto w okresie narastania gorączki, czy gorączki stałej, wykazuje stale zwiększoną liczbę ciałek białych krwi w ilościach od 15.000 nawet do 22.000 w 1 cm³ przy znacznem odsetkowem zwiększeniu leukocytów obojętnochłonnych od 84% nawet do 91% i obecności leukocytów kwasochłonnych w ilości 0'4—1%. W okresach bezgorączkowych ilość ciałek białych spada nawet do normy, do ilości prawidłowych pod względem odsetkowym obniżają się leukocyty obojętnochłonne, zwiększa się natomiast nieco ilość leukocytów kwasochłonnych, niekiedy nawet do 2%.

W często badanym moczu nie stwierdza się zmian żadnych oprócz osadu, który zawiera stale skąpe ilości dobrze zachowanych ciałek czerwonych krwi i pojedyńczych wałeczków szklistych.

Nakłucie lędźwiowe wykazało płyn jasny, wypływający pod małem ciśnieniem, pod względem cytologicznym i bakterjologicznym prawidłowy.

Podmiotowo, chory w okresach bezgorączkowych prócz uczucia pewnego wyczerpania i osłabienia nie skarży się na żadne dolegliwości. Apetyt utrzymany, stolce wolne, w ilości 2—3 dziennie. Wraz z pojawieniem się dreszczów i następową gorączką chory robi się apatyczny i przygnębiony, uskarża się na uczucie silnego osłabienia, bole umiejscowione szczególnie w stawach kończyn dolnych. Odmawia wówczas przyjmowania pokarmów częścią wskutek niechęci do jadła, częścią z powodu obawy wymiotów, które w okresach gorączkowych często dokuczają choremu.

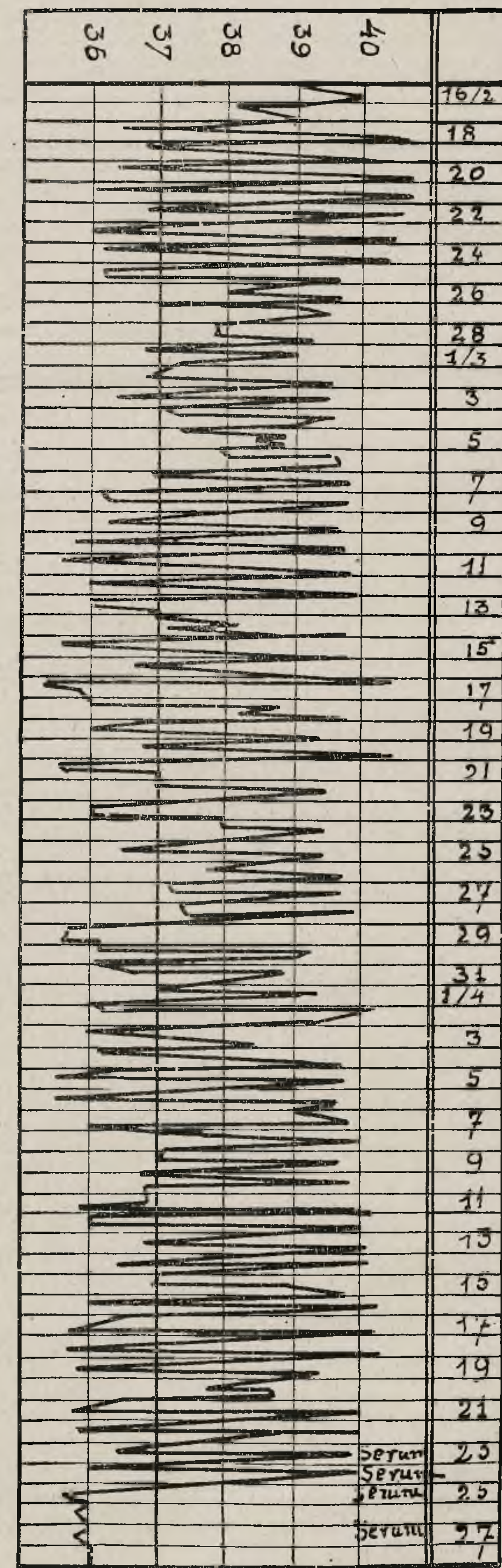
W czasie tak długiego okresu chorobowego stosowano kolejno cały szereg środków leczniczych. Preparaty srebrowe jak Argokol, Argochrom nie dały żadnego wyniku, podobnie Trypaflawina jak i Neo-salvarsan, zastosowany jednorazowo w ilości 0'30 gr. Bez wyniku pozostały również wstrzykiwania dożylne 40% urotropiny.

1. IV. z posiewu krwi i naciętych wykwitów skórnych wyhodowano w pracowni Zakładu biologji ogólnej (Prof. Dr. W e i g l) dwoinki, podobne morfologicznie do dwoinek Weichselbauma, ponieważ jednak dwoinki te w następnej generacji się nie rozwinęły nie można było rozpoznania ustalić drogą serologiczną.

Dnia 8. IV. przeprowadzono ponowny posiew krwi[1]) na pożywce buljon-ascites. Z posiewu tego wyhodowano czystą hodowlę dwoinek odpowiadających morfologicznie meningokokom Weichselbauma. Odczyn Lingelsheima dodatni. Aglutynacja z wysokowartościowemi surowicami wykazuje: A: 1:200 +, B: ujemna, C: 1:100 +.

Wobec braku odpowiedniej surowicy zastosowano autoszczepionkę. Ośmiokrotne zastrzykiwania szczepionki pozostały jednak bez jakiegokolwiek wpływu na przebieg schorzenia.

Dnia 23. IV. wstrzyknięto dożylnie 35 cm³ surowicy przeciwmeningokokowej typu: A., wyrabianej w Państwowym Zakładzie Higjeny w Warszawie. Zabiegu dokonano w czasie podniesionej ciepłoty. Bezpośrednio po wstrzyknięciu surowicy silne dreszcze, tętno przyśpieszone, twarz i kończyny sine, pokryte zimnym potem, wymioty. Podskórnie olejek kamforowy i koffeina. Ten ciężki stan chorego trwał około pół. godziny, w cztery godziny po wstrzyknięciu ciepłota spadła.



Następnego dnia tj. 24. IV. dreszcz i zwyżka ciepłoty do 39'8° C. przy tętnie 132 uderzeń na minutę. Powtórne wstrzyknięcie surowicy w ilości 20 cm³ dożylnie i 20 cm³ domięśniowo, które chory zniósł zupełnie dobrze, bez żadnych przypadłości.

25. IV. Skargi chorego na ból i nieznaczną sztywność karku. Stan bezgorączkowy, wykwity na skórze skąpe, bledsze aniżeli

---

[1]) Ten posiew krwi jakoteż i następne badania bakterjologiczne u dwóch innych chorych wykonano w Państwowym Zakładzie Higjeny (Doc. Dr. G ą s i o r o w s k i).

poprzednio. Wstrzyknięto dożylnie 20 cm³ surowicy, bez żadnych dolegliwości.

26. IV. Chory w dalszym ciągu bez gorączki, tętno 80. Wysypka na skórze znikła prócz kilku bladych wykwitów na tułowiu. Mocz prawidłowy, jedynie w osadzie bardzo nieliczne ciałka czerwone krwi i pojedyncze wałeczki szkliste.

Badanie krwi wykazuje: 8050 ciałek białych, w tem 64% leukocytów obojętnochłonnych, 2'8% kwasochłonnych, 1'2% zasadochłonnych, 26'8% limfocytów i 5'2% monocytów i przejściowych.

27. IV. Podmiotowo chory czuje się zupełnie dobrze. Stan bezgorączkowy, tętno 76. Nieznaczny ból w karku, lekko zaznaczona sztywność w karku. Na skórze żadnych wykwitów zauważyć nie można. Śledziona sięga poniżej łuku, twarda, niebolesna.

Dożylne wstrzyknięcie surowicy w ilości 20 cm³, bez żadnych następowych objawów.

30. IV. Stan podmiotowy zupełnie dobry, żadnych dolegliwości. Ciepłota prawidłowa, tętno 76. Śledziona mniejsza, sięga do łuku, niebolesna. Na skórze żadnych zmian zauważyć nie można.

4. V. Bole w kończynie dolnej prawej i w okolicy stawu biodrowego prawego. Ciepłota 37'5° C., tętno 88.

6. V. Bole poprzednio opisane ustały zupełnie, ciepłota prawidłowa, stan podmiotowy zupełnie dobry.

10. V. Chory zdrów zupełnie, bez jakichkolwiek dolegliwości opuszcza klinikę.

Przypadek II.

S. P. lat 35, adwokat w Czortkowie, przyjęty do kliniki dnia 22. maja, 1925. w wywiadach podaje:

Ojciec zmarł w następstwie choroby płuc, matka z nieznanej choremu przyczyny, rodzeństwo zdrowe. W dzieciństwie przebył odrę, w 14. r. życia „katar szczytów płucnych". Przed 6. laty przebył dur powrotny, przed 5-ciu dur brzuszny. Obecna choroba rozpoczęła się 12. kwietnia, br. dreszczami, gorączką, bolami głowy i uczuciem ogólnego osłabienia. Równocześnie wystąpiło żółte zabarwienie na białkówkach i na skórze, które po kilku dniach ustąpiło. Gorączka wieczorami podnosiła się do 39° C., a nawet do 40'3° C, nad ranem wśród obfitych potów spadała do 36° C., czasami i niżej. W 4-tym dniu choroby zauważył chory na skórze wysypkę plamistą, utrzymującą się dotychczas, która występywała wyraźniej w okresach gorączki, w godzinach bezgorączkowych bladła lub też znikała zupełnie. Prócz uczucia ogólnego osłabienia dokuczają choremu bole w rękach i nogach, potęgujące się czasem do tego stopnia, iż nie może rąk wyprostować. Z początkiem choroby stolec zaparty, obecnie prawidłowy. Alkoholu nie używa, pali miernie, z chorób wenerycznych przebył trypra.

Stan obecny.: Mężczyzna średnio zbudowany, licho odżywiony. Skóra blada, wilgotna, naczynio-ruchowo pobudliwa, podściółka tłuszczowa słabo rozwinięta. Na tułowiu, brzuchu, kończynach górnych i dolnych dość liczne plamki i guzki różowe, lekko wzniesione ponad poziomem, blednące pod uciskiem i natychmiast po odjęciu palca przybierające swą poprzednią barwę. Guzki te obfitsze są na kończynach zwłaszcza dolnych, i w okolicach stawów. Kształt i wielkość tych guzków rozmaity; owalny, okrągły, wieloboczny, od wielkości główki szpilki do wielkości dwugroszówki. Głowa bez zmian. Brak sztywności w karku. Gałki oczne prawidłowo ustawione i ruchome, źrenice równe, oddziaływują na światło i przystosowanie. Nerwy twarzowe bez zmian. Język wilgotny, lekko obłożony, błona śluzowa gardła zaczerwieniona, migdałki nie powiększone. Narząd oddechowy prócz objawów lekkiego, rozlanego nieżytu, zmian nie przedstawia. Serce w granicach prawidłowych, nad ujściami czyste tony. Ciśnienie krwi 95 R. R. Brzuch lekko wysklepiony, w górnych partjach na ucisk tkliwy. Wątroba pod łukiem macalna, przy ucisku lekko tkliwa. Śledziona macalna pod łukiem. Badanie przez odbytnicę zmian nie wykazuje. Odruchy kolanowe utrzymane.

Skargi chorego jedynie w kierunku ogólnego osłabienia i znużenia.

W moczu zmian żadnych wykazać nie można.

Badanie cytologiczne krwi, pobranej podczas gorączki 38° C. wykazuje: C. czerwonych: 4,690.000. C. białych: 18.500. Leuk. obojętnochłonnych 76'8% (w tem wielokształtnych: 72%, pałeczkowatych: 3%, młodych: 1'8%), Leuk. kwasochłonnych 0'4%, Limfocytów małych: 20'8%, Monocytów i przejściowych 2%.

Badanie na plazmodja zimnicze i krętki duru powrotnego ujemne.

Odczyny aglutynacyjne na dur brzuszny, dur wrzekomy A i B jakoteż odczyn Weil-Felix'a: ujemne.

Badaniem bakterjologicznem przez posiew na płytkach wydzieliny noso-gardzielowej obecności meningokoków nie stwierdzono.

Podczas dalszego pobytu chorego w klinice codziennie po mniej lub więcej zaznaczonym dreszczu podnosi się dość szybko ciepłota do 39° C. lub wyżej, w niektórych dniach nawet do 40° C., utrzymuje się na tej wysokości przez czas około 10-ciu godzin, następnie opada do normy, wśród obfitych potów.

Wysypka, opisana powyżej, guzkowo-plamista, podczas okresów gorączkowych znacznie obfitsza aniżeli w godzinach bezgorączkowych. Niektóre guzki zwłaszcza na kończynach dolnych na ucisk bolesne. Wielkość plamek i guzków różna, dochodzi nawet do wielkości dwuzłotówki.

Kilkakrotnie badana krew zachowuje się jednolicie; w okresach gorączkowych wykazuje leukocytozę obojętnochłonną, podobną jak w powyżej przytoczonem badaniu pierwszem; w okresach bezgorączkowych ilość ciałek białych spada do liczby 6—7.000, ilość procentowa leukocytów neutrochłonnych poniżej 60%, zwiększa się przytem ilość leukocytów kwasochłonnych.

Dnia 6. VI. z posiewu krwi na pożywce buljon-ascites wyhodowano dwoinki, odpowiadające morfologicznie dwoinkom Weichselbauma, ponieważ jednak dwoinki te w drugiej generacji się nie rozwinęły, nie można było rozpoznania ustalić drogą serologiczną.

Stan ogólny chorego, przebieg ciepłoty bez zmian.

Dnia 8. VI. z powtórnego posiewu krwi na pożywce buljon-ascites wyrastają znowu dwoinki, odpowiadające morfologicznie dwoinkom Weichselbauma. Agar zwykły pozostał jałowy. Odczyn Lingelsheima dodatni. Aglutynacja z wysoko wartościową surowicą meningokokową wykazuje: A: 1:50 +++, 1:100 ++, 1:200 +, 1:400 —. B: 1:50 +, 1:100 —, 1:200 —. Stwierdza się wobec tego obecność meningokoków typu: A.

11. VI. wstrzyknięto choremu surowicę meningokokową typu A w ilości 20 cm³ dożylnie i 20 cm³ domięśniowo. W dwie do trzech minut po wstrzyknięciu ból w okolicy lędźwiowej, lekka sinica na twarzy, chłodne kończyny. Po mniej więcej dziesięciu minutach objawy powyższe ustąpiły.

12. VI. Stan bezgorączkowy. Z obfitej poprzednio wysypki na skórze zauważyć się dają skąpe, przybladłe wykwity stare. Mocz bez zmian. Podmiotowo stan chorego zupełnie dobry. Wstrzyknięto 20 cm³ surowicy domięśniowo.

13. VI. Stan bezgorączkowy, wysypka na skórze znikła zupełnie. Wstrzyknięto 20 cm³ surowicy dożylnie i 20 cm³ domięśniowo. W godzinach popołudniowych po dość wyraźnym dreszczu podniesienie się ciepłoty do 39° C., jednocześnie na tułowiu wysypka guzkowo-plamista.

14. VI. Znowu podniesienie się ciepłoty do 40° C. i spadek jej po 12 godzinach wśród obfitych potów.

15. VI. Na skórze tułowia nieliczne przybladłe wykwity. Stan bezgorączkowy. Wstrzyknięto 25 cm³ surowicy dożylnie i 25 cm³ domięśniowo bez jakichkolwiek następowych przypadłości.

17. VI. Od czasu ostatniego zastosowania surowicy stan bezgorączkowy, na skórze żadnej wysypki zauważyć nie można, samopoczucie dobre. Wstrzyknięto 20 cm³ surowicy przeciwmeningokokowej dożylnie i 20 cm³ domięśniowo bez żadnego ogólnego odczynu.

18. VI. W godzinach popołudniowych bez dreszczy podniesienie się ciepłoty do 38° C. W okolicy stawów nadgarstkowych i skokowych swędząca, plamista wysypka. Plamy wielkości pięciogroszówki do wielkości dwuzłotówki, zlewające się razem. Nieznaczny ból w stawach nadgarstkowych i stawie barkowym lewym. Chory określa, iż obecny stan gorączkowy wywołuje u niego odmienne niż dawniej objawy podmiotowe.

19. VI. Stan bezgorączkowy. Plamy barwy różowej w okolicy stawu łokciowego lewego i stawu kolanowego. Stan podmiotowy zupełnie dobry.

22. VI. Ciepłota stale normalna. Na kończynach górnych i dolnych, szczególnie w okolicach stawowych pojawia się jeszcze plamista, swędząca wysypka, która po kilku godzinach znika zupełnie. Samopoczucie zupełnie dobre.

Badanie krwi wykazuje: C. białych: 6.750. w tem 49% leukocytów obojętnochłonnych i 8'2% kwasochłonnych.

24. VI. Stan podmiotowy chorego zupełnie dobry, żadnej wysypki na skórze zauważyć nie można.

27. VI. Chory czując się zupełnie zdrowym, opuszcza klinikę.

Przypadek III.

W. G. lat 16, zamieszkały w Rawie Ruskiej, przyjęty do kliniki dnia 14. maja 1925. w wywiadach podaje:

Brak dziedziczności. Dotychczas zawsze był zdrów. Przed ośmiu tygodniami zachorował wśród silnych dreszczy, bolu głowy i gorączki dochodzącej do 40'2° C. Gorączka opadła po kilku godzinach wśród silnych potów, pozostawiając ogólne osłabienie. Od tej pory dreszcze i gorączka powtarzały się mniej więcej co dwa dni stale w godzinach porannych. Z biegiem czasu pojawianie się dreszczy i gorączki zaczęło się przesuwać w godziny popołudniowe, a nawet wieczorne. W czwartym dniu choroby w czasie narastania gorączki wystąpił silny ból w kolanie i w okolicy stawu skokowego, który to ból ustąpił po kilku godzinach wraz ze spadkiem ciepłoty. Od tej pory przy każdorazowej zwyżce ciepłoty pojawiały się stale bole w okolicy różnych stawów kończyn dolnych lub górnych z wyjątkiem tylko stawów biodrowych. Mniej więcej w trzy tygodnie od początku choroby wystąpił silny ból w okolicy potylicy, karku i krzyżów, który wzmagał się przy siadaniu, zaś tracił na natężeniu przy spokojnem leżeniu z przykurczonemi nogami. Powyższe bole utrzymywały się przez jakiś czas bez wyraźniejszego związku z narastaniem lub opadaniem gorączki, poczem ustąpiły zupełnie. Powtarzającym się bolom w stawach nie towarzyszyły obrzęki ani też zaczerwienienia skóry tem mniej jakieś utrudnienie ruchomości. Na kilka dni przed przybyciem do

kliniki zauważył chory przy pojawianiu się gorączki na skórze tułowia i kończyn, a przedewszystkiem w sąsiedztwie stawów wysypkę plamistą, dochodzącą do wielkości ziarnka fasoli, która zaróżowiała się wyraźnie na szczycie gorączki; bladła zaś lub ustępowała całkowicie ze spadkiem ciepłoty.

Stan obecny przy przyjęciu chorego do kliniki: Chory o budowie kośćca drobnej, licho odżywiony. Skóra blada, miernie wilgotna, naczynioruchowo żywo pobudliwa. Na tułowiu, więcej na kończynach, szczególnie w okolicach stawów i na częściach wyprostnych niezbyt liczne guzki różowe, lekko wzniesione nad powierzchnię, blednące za uciskiem, wielkości od ziarnka prosa do ziarnka grochu, kształtu owalnego, okrągłego i wieloboczne.

Głowa miernie ruchoma na boki i ku tyłowi, ruchy czynne i bierne ku przodowi nieco upośledzone z powodu bolesności i pewnej sztywności mięśni karkowych. Gałki oczne prawidłowo ustawione i ruchome. Źrenice równe, dobrze oddziaływują na światło i na przystosowanie. Nerwy twarzy bez zmian. Język wilgotny, nie obłożony, błona śluzowa gardła nieco zaczerwieniona, prawy migdałek lekko powiększony, bez zmian zapalnych. Gruczoły na szyi i karku wielkości fasoli, niebolesne. Kręgi szyjne na ucisk wyraźnie tkliwe. Narząd oddechowy bez zmian. Granice serca prawidłowe. Nad końcem serca dwa tony, pierwszy z podmuchem, zresztą tony czyste. Tętno dość dobrze napięte, ilość tętna 102 uderzeń na minutę przy ciepłocie 38° C. Wątroba macalna palec niżej łuku, niebolesna, śledziona macalna, sięga do łuku. Brzuch badaniem zmian nie przedstawia. Odruchy kolanowe żwawe. Objaw Kerniga zaznaczony.

Chory przytomny, uskarża się jedynie na uczucie osłabienia. W moczu białka i cukru niema, chlorki w ilości prawidłowej, odczyn dwuazowy ujemny, osad bez zmian.

Badanie cytologiczne krwi dnia 16. V., pobranej w okresie gorączki dochodzącej do 38° C. wykazuje: C. czerwonych: 4,345.000. C. białych: 23.000, Hmgl. 84 (Sahli) Leuk. obojętnochłonnych: 79'2% (w tem młodych: 0%, pałeczkowych 2'4%), Leuk. kwasochłonnych 0,4%. Leuk. zasadochłonnych: 0'4%. Limfocytów małych: 16%. Monocytów i przejściowych: 4%.

Badania na plazmodja zimnicze i krętki duru powrotnego ujemne.

Odczyny aglutynacyjne na dur brzuszny. dur wrzekomy A i B, jakoteż odczyn Weil-Felix'a: ujemne.

W preparatach jakoteż w hodowli stwierdzono prawidłową florę bakteryjną jamy noso-gardzielowej. Dwoinek Weichselbauma nie znaleziono.

Wykonane nakłucie lędźwiowe wykazuje: Ciśnienie nieco wzmożone, wypuszczono około 20 cm³ płynu jasnego, przejrzystego. Posiew płynu mózgo-rdzeniowego: jałowy.

Posiewy krwi, wziętej dnia 16. V. i 26. V. w okresie narastania gorączki, pozostały jałowe.

Ciepłota zachowuje się jednolicie. Codziennie po silnym dreszczu, zwykle w godzinach przedpołudniowych. wzrasta ciepłota powyżej 39° C., a nawet i 40° C., utrzymuje się na tej wysokości około 10 godzin, następnie opada wśród obfitych potów. Ponieważ czas pojawiania się dreszczów i gorączki nie występuje stale w pewnych godzinach, a okres międzygorączkowy przedłuża się nieco czasem, zdarza się również i dzień bezgorączkowy. Podczas gorączki występują stale mniej lub więcej wyraźne bole w stawach kończyn dolnych lub górnych, wzmagające się szczególnie przy ruchach, bole te znikają wraz ze spadkiem ciepłoty.

Wysypka o charakterze rumienia, opisana powyżej, w okresie gorączki bardzo obfita, z chwilą spadku ciepłoty częściowo znika zupełnie, częściowo wyraźnie blednie. Najobfitsza wysypka zauważyć się daje szczególnie w okolicy stawów, w tych miejscach dochodzi często do wielkości złotówki.

W czasie podniesionej ciepłoty stwierdzić można pewną sztywność w karku jakoteż zaznaczony objaw Kerniga, oba te objawy tracą znacznie na natężeniu lub też znikają zupełnie wraz ze spadkiem gorączki.

Krew cytologicznie zachowuje się typowo. W okresie gorączki wyraźna leukocytoza, dochodząca nawet do 23.000 ciałek przy znacznem odsetkowem zwiększeniu leukocytów obojętnochłonnych do 86% i obecności leukocytów kwasochłonnych. W okresach bezgorączkowych ilość ciałek białych obniża się do 10.000—12.000, spada ilość odsetkowa leukocytów obojętnochłonnych, wzrasta natomiast ilość leukocytów kwasochłonnych.

Podmiotowo chory w okresach bezgorączkowych prócz uczucia pewnego osłabienia nie skarży się na żadne dolegliwości. W czasie podniesionej ciepłoty chory przygnębiony i apatyczny, narzeka na dokuczliwe bole w stawach, wzmagające się przy ruchach biernych lub czynnych, odmawia przyjmowania pokarmów.

12. VI. Dożylnie 0.20 Mercurochrom'u (5 miligr. na kg. wagi ciała). Po wstrzyknięciu ciepłota doszła do 40'6° C., nieznaczne podrażnienie do kaszlu, lekkie majaczenie.

13. VI. Chory bez gorączki, wysypka ustąpiła zupełnie.

14. VI. Bole w brzuchu, biegunka.

15. VI. Lekki ból gardła; na prawym zaczerwienionym migdałku widoczne dwa czopki. W godzinach popołudniowych dreszcz i gorączka do 39'9° C. Wysypki na skórze zauważyć nie można. W nocy spadek gorączki wśród obfitych potów.

16. VI. Wśród dreszczy zwyżka ciepłoty do 38° C., jednocześnie na skórze wysypka guzkowo-plamista, bole w stawach, a więc nawrót poprzednich objawów.

18. VI. Z posiewu krwi, wziętej dnia 11. VI. na pożywce buljon-ascites wyhodowano dwoinki, morfologicznie odpowiadające dwoinkom Weichselbauma. Odczyn zlepny: A: 1:50 +, 1:100 +. B: ujemny.

Wstrzyknięto surowicę typu: A. w ilości 15 cm³ dożylnie i 15 cm³ domięśniowo. Bezpośrednio po wstrzyknięciu bole w okolicy krzyżów, ściskanie i ból w okolicy serca, duszność, bladość twarzy z wyraźnem zasinieniem warg, uszu i nosa. Częstość tętna nie uległa wybitniejszej zmianie, pojawiła się natomiast nieznaczna niemiarowość. Po kilku minutach powyższe objawy ustąpiły, zaś w 10 minut później po silnych dreszczach gorączka do 39° C., która po kilku godzinach wśród potów opadła.

19. VI. Wstrzyknięcie surowicy 10 cm³ dożylnie i 20 cm³ domięśniowo, bez żadnych następowych objawów.

20. VI. Dreszcze i gorączka, wyraźna wysypka na skórze. Wstrzyknięcie 15 cm³ surowicy dożylnie i 15 cm³ domięśniowo. Bezpośrednio po zabiegu sinica, oddechy przyśpieszone, tętno 140—160 na minutę, nad sercem głuche tony. Chory niespokojny, wylękniony, uskarża się na silne bole w krzyżach i ucisk w okolicy serca. Po kamforze i koffeinie, zastosowanej podskórnie, objawy powyższe ustąpiły.

21. VI. Dreszcze i gorączka, na skórze obfita wysypka.

22. VI. 10 cm³ surowicy dożylnie i 20 cm³ domięśniowo, który to zabieg zniósł chory zupełnie dobrze.

27. VI. Stan chorego bez zmiany. Zastosowano po raz wtóry dożylnie Mercurochrom w ilości 0.18 gr. na dawkę. Bezpośrednio po wstrzyknięciu duszność, nieznaczny kaszel, ból w krzyżach, oddech przyśpieszony, tętno 140 na minutę, lekka sinica. Objawy te po kilku minutach ustąpiły.

28. VI. Gorączka jak poprzednio. Wyraźny ból w stawie nadgarstkowym i ramieniowym. Prócz wysypki guzkowo-plamistej, opisanej powyżej, szczególnie w okolicy stawów wysypka plamista, silnie swędząca, wielkości 5—20 groszówki, znikająca dość szybko po wystąpieniu.

3. VII. Stan jak poprzednio. Dożylnie 2 cm³ surowicy przeciwmeningokokowej. Bezpośrednio po wstrzyknięciu wyraźna sinica na twarzy, lekki obrzęk około powiek, i otworu nosowego. Oddech przyśpieszony, nieznaczny kaszel, tętno 120, spadek ciśnienia krwi z 114 na 80 R. R. Chory niespokojny, wylękniony, uskarża się na ściskanie w okolicy serca. W dwie godziny po pierwszem wstrzyknięciu 10 cm³ surowicy dożylnie i 20 cm³ domięśniowo. W dwie minuty po wstrzyknięciu powyżej opisane objawy powtórzyły się, ustąpiły jednak bardzo szybko po zastosowaniu podskórnem olejku kamforowego i koffeiny.

4. VII. 20 cm³ surowicy dożylnie i taką samą ilość domięśniowo z następowemi zaburzeniami jak przy poprzedniem wstrzyknięciu, jednak o znacznie mniejszem nasileniu.

6. VII. Codzienne dreszcze i gorączka. Wysypka guzkowo-plamista bardzo obfita, utrzymuje się z tem samem nasileniem także w godzinach bezgorączkowych. Kąpiel o ciepłocie 32° R. przez 15 minut z następowem owinięciem w koce. Po kąpieli poty bardzo obfite.

10. VII. Stan bez zmian. Codziennie kąpiel o ciepłocie 32° R. i owijanie w koce. Z posiewu krwi wyhodowano czystą kulturę dwoinek meningokokowych typu: A.

Z powodu opróżnienia kliniki na czas feryj przeniesiono chorego na Oddział zakaźny Szpitala powszechnego. Dalszą obserwację przebiegu schorzenia, którą poniżej podaję, zawdzięczam kol. Dr. Bratterowi, sekundarjuszowi Szpitala, który mi użyczył odpisu historji choroby.

12. VII. W porze południowej dreszcz i gorączka 39'4° C., która po trzech godzinach wśród potów ustąpiła. Osutka utrzymuje się. Dożylnie 4 gr. urotropiny 40%.

13. VII. Kąpiel 31° R. przez 20 minut, owinięcie w koce na pół godziny, obfite poty. W ciągu dnia 6 gr. 40% urotropiny dożylnie. Przez cały dzień ciepłota prawidłowa.

14. VII. Po lekkich dreszczach ciepłota podniosła się do 38° C. Urotropina i kąpiel jak dnia poprzedniego.

15. VII. Najwyższa ciepłota po lekkich dreszczach 37° C. Leczenie jak dnia poprzedniego.

16. VII. Stan bezgorączkowy. Urotropina doustnie 6 gr. dziennie.

21. VII. Stan bezgorączkowy utrzymuje się. Kąpiele ciepłe co drugi dzień, urotropina na wewnątrz 2—4 gr. Osutka na skórze w małej ilości.

25. VII. Osutka znikła. Chory czuje się zupełnie dobrze.

29. VII. Zdrów opuszcza szpital.

Powyżej naprowadzone trzy przypadki przedstawiają nam klasyczny obraz rzekomo-zimniczej postaci posocznicy meningokokowej. Fakt, iż te trzy przypadki, pochodzące zresztą z rozmaitych okolic kraju, w ciągu trzech miesięcy dostały się pod obserwację naszej kliniki, świadczyłyby dowodnie, że posocznica meningokokowa nie należy do schorzeń rzadkich, a raczej za mało jest rozpoznawaną. Roz-

poznanie tego schorzenia nie będzie trudnem podczas panującej epidemji drętwicy karku, w przypadkach zaś, pojawiających się sporadycznie rozpoznanie ułatwi pamiętanie o istnieniu takiego cierpienia, a tem samem wyczerpanie odpowiednich środków, które pozwolą na właściwe rozpoznanie.

Przebieg schorzenia we wszystkich naszych przypadkach był podobny. Choroba rozpoczynała się nagle, wśród wyraźnego dreszczu i wysokiej gorączki, która już po paru dniach przybierała formę gorączki przepuszczającej. Drugim objawem rzucającym się w oczy była wysypka grudkowo-plamista, o postaci rumienia wielokształtnego rozsiana po całem ciele, przeważnie jednak na kończynach, obficiej w okolicach stawów. Wysypka ta bladła, a nawet znikała w okresach bezgorączkowych, wraz ze wzrostem gorączki pojawiała się mniej lub bardziej obficie, przybierając na zabarwieniu różowem, a nawet ciemno-czerwonem. Bolesność w stawach, pojawiająca się i znikająca zależnie od ciepłoty, leukocytoza neutrofilna we krwi, stan podmiotowy chorych w okresach bezgorączkowych niestosunkowo dobry wobec długotrwałego i ciężkiego schorzenia, kazały nam myśleć o posocznicy meningokokowej, nie pozwoliły jednak na pewne rozpoznanie bez badań bakterjologicznych.

Przy dzisiejszym stanie techniki bakterjologicznej rozpoznanie posocznicy meningokokowej opierać się musi tylko na dodatnim wyniku posiewu krwi. Stwierdzenie obecności meningokoków w płynie mózgo-rdzeniowym nie pozwala na rozpoznanie posocznicy, będzie tylko wskazywać wraz z gorączką, wysypką i innemi objawami na drętwicę karku. Również i kultury otrzymywane z wydzieliny jamy nosogardzielowej, a wykazujące obecność meningokoków nie mogą mieć rozstrzygającego rozpoznawczego znaczenia, wszak doświadczenie poucza, iż szczególnie w czasie panującej epidemji w dość znacznym odsetku przypadków stwierdza się obecność meningokoków u osób zdrowych, które mogły mieć jakąkolwiek styczność z odpowiednimi chorymi. Jednorazowo przeprowadzony posiew krwi z wynikiem ujemnym posocznicy meningokokowej nie wyklucza. Wszak w naszym pierwszym przypadku trzy pierwsze posiewy krwi pozostały jałowe, a dopiero przy czwartym udało się wyhodować meningokoki, co pozwoliło na pewne rozpoznanie. Podobnie i w trzecim przypadku dopiero trzeci posiew krwi dał wynik dodatni. Krew do posiewów staraliśmy się pobierać nie na szczycie, a raczej w okresie narastania gorączki.

Rzeczą ważną ze względu na leczenie będzie prócz wykazania meningokoków we krwi również i oznaczenie typu, do których one należą, aby ewentualnie użyć odpowiedniej surowicy. Jeżeli posiew krwi zawiedzie, można się uciec do sposobu podanego przez Pick'a i Benda, a także i autorów francuskich, którzy podają łatwy sposób wczesnego rozpoznania posocznicy meningokokowej. W wyciętych cienkich skrawkach skóry z okolicy wykwitu, na preparatach mrożonych i odpowiednio barwionych wykazać można dwoinki Gram-ujemne, które odpowiadają meningokokom. Netter w posiewie limfy uzyskanej z naciętych wykwitów wyhodowuje w odpowiednich przypadkach meningokoki.

Powikłanie posocznicy meningokokowej drętwicą karku, stwierdzoną badaniem cytologicznem i bakterjologicznem płynu mózgo-rdzeniowego, ułatwi w odpowiednich przypadkach rozpoznanie.

Rokowanie w posocznicy meningokokowej zależne jest od postaci pod jaką występuje. Postacie piorunujące dają rokowanie jak najgorsze. Postacie ostre, trwające zazwyczaj dłużej, czasami i kilka tygodni dają rokowanie nieco lepsze, gdyż jakkolwiek cierpienie to zazwyczaj kończy się śmiercią, opisywane są jednak przypadki wyleczenia. Przypadki podostre jakoteż przewlekłe dają zwykle rokowanie dobre, choroba jednak wlec się może nie tylko przez wiele tygodni, ale nawet i miesięcy. Z naszych trzech przypadków najkrótszy czas trwania choroby wynosił przeszło dwa miesiące, najdłuższy zaś cztery miesiące. Lemierre i Piedelièvre opisują przypadek posocznicy meningokokowej trwający 11 miesięcy, a zakończony śmiercią wskutek powikłania drętwicą karku.

Co się tyczy leczenia posocznicy meningokokowej, to jak nasze doświadczenie poucza, mamy w surowicy swoistej potężną broń przeciwko tej chorobie, o ile tylko tej surowicy użyjemy umiejętnie i wytrwale. Stosować należy duże dawki surowicy dożylnie i domięśniowo, do 40 cm^3 dziennie. Wynik leczniczy w naszych dwóch pierwszych przypadkach był doskonały. U pierwszego chorego, po cztero miesięcznem trwaniu choroby, w którym to czasie stosowanie szeregu środków leczniczych, między innemi argo i trypaflawiny, urotropiny dożylnie, a także i swoistej szczepionki pozostawało bez żadnego efektu dodatniego, zastosowana surowica, częściowo domięśniowo w ilości 120 cm^3 w przeciągu czterech dni, przyniosła zupełne uleczenie. Podobnie doskonały wynik leczniczy osiągnęliśmy i u drugiego naszego chorego, u którego nastąpiło wyleczenie po użyciu 180 cm^3 surowicy swoistej dożylnie i domięśniowo w przeciągu 7 dni.

Niestety zawiodła nas surowica w przypadku trzecim, pomimo stosowania dawek większych i przez czas dłuższy, zużyto w tym przypadku 190 cm^3 surowicy. Nie lepszy wynik leczniczy dał nam również zastosowany dożylnie mercurochrom. Wyleczenie w tym przypadku nastąpiło podczas stosowania dożylnego 40% urotropiny i gorących kąpieli z następowem zawijaniem w koce. Ten sam środek nie dał nam pożądanego wyniku u pierwszego naszego chorego.

W każdym razie w przypadkach posocznicy meningokokowej, stwierdzonej bakterjologicznie, nie należy nigdy zaniedbać leczenia surowicą swoistą odpowiedniego typu. W razie braku świeżej surowicy swoistej autorowie francuscy radzą użyć innych surowic leczniczych, w pierwszym rzędzie surowicy antidyfterytycznej.

Piśmiennictwo:

1) Salamon. Berl. klin. Woch. 1902. — 2) Martini u. Rhode. Berl. klin. Woch. 1905. — 3) Markowisch. Wien. klin. Woch. 1906. — 4) Liebermeister. Muench. med. Woch. 1908. Nr. 38. — 5) Netter. Arch. de Médecin. 1909. — 6) Chevrel et Bourdinière. Soc. med. des hôpitaux. 1910. — 7) Loizeleur et Monziols. Bull. de soc. med. des hôpitaux. 1910. — 8) Bittorf. D. med. Woch. 1915. — 9) Bittorf. Muen. med. Woch. 1916. 10) Ghon. M. med. Woch. 1916. — 11) Zeissler u. Riedel. Deutsche med. Woch. 1917. Nr. 9. — 12) Netter. Soc. méd. des hôpitaux. 1917. — 13) P. L. Marie. Soc. méd. des hôpitaux. 1917. 14) Brette. Thèse de Lyon. 1918. — 15) Ch. Dopter. Méningococcie. Nouveau Traité de Médecine. 1920. — 16) Simchowicz T. Neurologja Polska. T. VI. 1922. — 17) Frenkel B. Neurologja Polska. T. VI. 1922. — 18) Ribierre, Hébert et Bloch. Annales de Médecine. T. VI. Nr. 5. — 19) Lemierre et Piedelièvre. Bull. de la soc. méd. des hôpitaux. 1922. — 20) Gandy et Boulenger-Pilet. Bull. de la soc. méd. des hôpitaux. 1922. 21) Simchowicz T. Warsz. Czasop. lek. Nr. 4. 1924. — 22) A. Gluziński. Pol. Gaz. lek. Nr. 28. 1925.

Dr. med. Seweryn CYTRONBERG. Warszawa.

Przyczynek do wczesnego rozpoznawania raka przewodu pokarmowego [1].

Z II. Kliniki lekarskiej Uniwersytetu Warszawskiego.
Dyrektor: Prof. Dr. Antoni Gluziński.

Dzięki ulepszonym w ciągu ostatnich lat 15—20 klinicznym, roentgenologicznym i pracownianym sposobom badania, jesteśmy obecnie w stanie rozpoznać raka przewodu pokarmowego wogóle, a żołądka w szczególności w znacznie wcześniejszym okresie jego powstawania, niż dawniej. Ustalenie rozpoznania w porę, a co za tem zwykle idzie, odpowiednie leczenie schorzenia, umożliwia przeprowadzenie systematycznej walki z rakiem, rokującej lepsze wyniki niż przed laty 20. Jednakże przyznać musimy, że jeszcze i teraz w licznych przypadkach rozpoznajemy nowotwór złośliwy

[1]) Odczyt wygłoszony w Sekcji Rakoznawczej XII. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, Warszawa. 1925 r.

zbyt późno, gdyż zarówno badania kliniczne (włącznie z używanemi metodami endoskopowemi), jakoteż roentgenologiczne, tak samo jak badanie treści żołądkowej, kału i t. d. dość często nie daje nam możności odróżnienia objawów podmiotowych i przedmiotowych, wywołanych przez powstający nowotwór od takich samych lub podobnych objawów spowodowanych przez rozmaite inne schorzenia. Zrozumiałem jest zatem dążenie licznych badaczy do stwierdzenia jakichś cech ogólnych lub miejscowych swoistych dla schorzenia złośliwego, a tem samem umożliwiających jego wczesne rozpoznawanie.

Dość liczny zastęp badaczy wychodzi z założenia, że nowotwór złośliwy jest wyrazem nieznanego nam bliżej ogólnego schorzenia ustroju. Inni są zdania, że przy tworzeniu się, rozroście i częściowym rozpadzie nowotworu, do soków ustroju przedostają się ciała swoiste, które wywołują znów odpowiednie oddziaływanie ustroju. W miarę coraz głębszego przenikania pojęć fizyczno-chemicznych i zapatrywań chemji koloidowej do biologji wogóle, a do patologji w szczególności, mnożą się przypuszczenia, z różnych stron i z rozmaitą mocą przekonywania wypowiadane, że powstawanie nowotworu złośliwego jest w związku z pewnemi zmianami w fizyczno-chemicznych warunkach wewnątrzkomórkowych i pozakomórkowych, z zachwianiem równowagi koloidowo-jonowej pomiędzy oddzielnemi częściami składowemi komórki lub też pomiędzy komórką, a jej otoczeniem. Ramy niniejszego odczytu nie pozwalają mi na przytoczenie nawet kilku przypuszczeń, dość prawdopodobnych i wypowiadanych ze stron autorytatywnych. Zaznaczę tylko, że większość nowoczesnych prób serologicznych i innych, wprowadzonych przez różnych autorów, opiera się na przypuszczeniu, że miejscowe schorzenie złośliwe zależy od ogólnych zmian właściwości chemicznych, zaczynowych, fizyczno-chemicznych, koloidowych i t. d. soków i wydalin ustroju, które to zmiany są bądź przyczyną, bądź skutkiem, bądź też zjawiskami ogólnemi, towarzyszącemi miejscowemu schorzeniu złośliwemu.

Do najbardziej znanych metod serologicznych należą: 1) odczyn precypitacyjny (Kelling 1), Engel i Pribram 2), Martens 3), Maragliano 4) i t. d.; 2) osadowy z lecytyną (Porges i Mayer 5) lub glikocholanem sodu; 3) odczyn zmętnienia (Freund i Kaminer 6); 4) odczyn izohemolityczny (Crile 7), Richartz 8), Janeway 9) i t. d.; 5) heterohemolityczny (Kelling 10), Sterling-Okuniewski 11) i t. d.; 6) odczyn z jadem kobry (Calmette 12), Kraus 13), Ranzi 14), Zubrzycki 15) i inn.; 7) odczyn z odchyleniem dopełniacza (Dungern 16), Kelling 17) i inn.; 8) odczyn antytrypsynowy (Brieger 18), Trebing 19), Heide 20), Bergmann i Mayer 21) i inn.; 8) odczyn Abderhaldena 22); 10) odczyn nadczułościowy (Pfeiffer i Finsterer 23), Jamanouchi 24) i inn.); 11) komórkowy (Freund i Kaminerówna 25) i t. d.; 12) meiostagminowy (Ascoli i Izar 26) i inn.); 13) epifaninowy Weichardt 27); 14) hygrom i fizyczny (Capparelli 28); 15) Bothelho 29) i cały szereg innych. Założenia, sposoby wykonania i wynik tych prób i wielu innych są powszechnie znane i nie będę się nad niemi zatrzymywał. Celem pracy niniejszej jest głównie zwięzłe streszczenie własnych doświadczeń po pierwsze z jedną z prób serologicznych, mianowicie podaną przez Abderhaldena i jego współpracowników, po drugie z pewnemi zjawiskami towarzyszącemi rakowi przewodu pokarmowego wogóle, a żołądka w szczególności.

Przystępując w r. 1913 do wykonania próby Abderhaldena znalazłem w piśmiennictwie parę odnośnych sprawozdań mniej lub więcej entuzjastycznych (Frank i Heimann 30), Gambaroff 31), Brokman 32), Kabanoff 33), obok innych, odmawiających tej próbie wszelkiej wartości klinicznej, a nawet teoretycznej. Jak wiadomo, w myśl poglądów Abderhaldena, wszelkie obcokrwiste ciała (zarówno białko i jego pochodne, jakoteż węglowodany i t. d.), które dostają się do krwiobiegu drogą pozajelitową, wywołują w ustroju powstawanie zaczynów mniej lub więcej swoistych, zapomocą których ustrój rozszczepia obcokrwiste ciała na ich, bardziej dla niego obojętne części składowe. Wskutek odmiennej przemiany materji komórek nowotworowych, do krwi ustroju dotkniętego nowotworem, mogą dostać się ciała białkowe o składzie nieprawidłowym (obcokrwiste), co znów według Abderhaldena powinno spowodować powstawanie swoistych zaczynów nastawionych na rozszczepianie tych ciał białkowatych, pochodnych pierwoszczy komórek nowotworowych. By wykazać obecność tych zaczynów w odnośnej surowicy, wystarcza poddać odpowiednio przygotowaną tkankę nowotworową działaniu surowicy i zapomocą dializy i próby ninhydrynowej wzgl. zapomocą polarymetru lub interferometru i t. d.) badać czy w wyniku otrzymuje się produkty rozkładu białka. Zapomocą dializy zbadałem ogółem 100 przypadków, pośród których było 35 przypadków raka rozmaitych narządów, głównie przewodu pokarmowego; pojedyncze przypadki nowotworowe wielce różniły się między sobą pod względem wielkości, złośliwości klinicznej, daty powstawania nowotworu, obecności przerzutów, stopnia ogólnego charłactwa i t. d. Wyniki moich badań są następujące 34):

1) W przeważającej większości przypadków nowotworowych stwierdziłem, po zmieszaniu odnośnych surowic z tkanką rakowatą, w dializacie produkty rozkładu białka t. j. ciał o mniej lub więcej złożonych pierścieniach peptynowych (t. zw. peptonów).

2) U znacznej większości ludzi zdrowych, względnie dotkniętych rozmaitemi schorzeniami oraz w nieznacznej mniejszości przypadków z nowotworem złośliwym (2 na 35) nie udało się wykazać rozszczepiania białka tkanki nowotworowej.

3) W pewnym odsetku (10%) przypadków fizjologicznych (głównie u kobiet ciężarnych) oraz u ludzi dotkniętych różnemi cięższemi schorzeniami, zetknięcie się odnośnych surowic z preparatem tkanki rakowatej powoduje powstawanie ciał peptonowych.

Nie wchodząc w roztrząsanie zagadnienia, czy przyczyną oczywistego odmiennego zachowania się większości surowic ludzi rakowatych jest w istocie obecność w nich swoistych zaczynów, czy też jakieś inne właściwości tych surowic, należy uznać, że obecności złośliwego nowotworu w ustroju towarzyszą pewne zmiany w surowicy krwi, dające się uchwycić w większości przypadków zapomocą metod dostępnych nam już obecnie.

Sposób Abderhaldena, tak samo jak inne próby serologiczne i t. d. mają na celu wykrycie ogólnych zmian w sokach lub wydalinach ustroju, towarzyszących wszelkiemu schorzeniu złośliwemu, bez względu na to, gdzie ono jest umiejscowione. W ciągu ostatnich lat kilkunastu, szereg badaczy zwrócił uwagę na pewne mniej lub więcej swoiste zmiany ogólne lub miejscowe, które w pewnym odsetku przypadków można stwierdzić przy schorzeniu złośliwem pewnych narządów. Zwłaszcza rak przewodu pokarmowego a w szczególności rak żołądka był i jest przedmiotem odnośnych badań.

Już Kelling (l. c.) twierdził, że odczyn heterohemolityczny występuje częściej przy rakach przewodu pokarmowego. Grafe i Röhmer 35) wykazywali, że wyciąg eterowy z treści żołądka rakowatego ma silne właściwości hetero- i izohemolityczne, podczas gdy takiż sam wyciąg z treści żołądka nierakowatego nie posiada tych właściwości. Grafe i Röhmer przypuszczają, że czynnikiem wywołującym rozpuszczanie krwinek jest kwas olejowy, przedostający się do żołądka przy rozpadzie tkanki rakowatej. Inni autorowie potwierdzili spostrzeżenie Grafe'go i Röhmera, jednakże okazało się, że w niektórych, coprawda niezbyt licznych przypadkach fizjologicznych, treść żołądkowa także posiada własności lityczne, zaś w niektó-

rych przypadkach raka żołądka własności tych nie stwierdza się.

W końcu roku 1922 znalazłem krótką wzmiankę Josepha S a i l o r a 36), że we wszystkich prawie przypadkach raka narządów brzusznych stwierdzał wystąpienie cukromoczu po doustnem podaniu większej ilości cukru, tak, że uważał objaw ten za potwierdzenie rozpoznania raka. Ciekawe spostrzeżenie S a i l o r a podało mi asumpt do sprawdzenia tolerancji węglowodanowej w przypadkach nowotworów złośliwych zwłaszcza usadowionych w jamie brzusznej. Wobec tego, że stężenie cukru we krwi jest bardziej miarodajnym wskaźnikiem tolerancji węglowodanowej niż jego zawartość, względnie brak w moczu, postępowałem w ten sposób, że po doustnem podaniu 100 gr. cukru gronowego na czczo, określałem zapomocą metody B a n g a, stężenie cukru we krwi po $^1/_4$, $^1/_2$, 1, 2, 3 godz.

Wyniki były następujące 37):

1) We wszystkich prawie przypadkach raka narządów jamy brzusznej, których krew żylna, nim dostanie się do krwiobiegu ogólnego, przechodzi drogą żyły bramnej przez wątrobę, przecukrzenie krwi było nader wybitne i trwało powyżej 3 godzin. Cukromocz w tych przypadkach występował nie tak stale (mniej więcej w 70% przypadków).

2) U ludzi zdrowych względnie dotkniętych różnemi schorzeniami, wreszcie u ludzi cierpiących na raka narządów nie należących do dorzecza żyły bramnej, przecukrzenie pokarmowe było znacznie mniejsze i trwało mniej niż 3 godziny w znacznej większości przypadków (80%). Cukromocz pokarmowy był objawem nieczęstym (wszystkiego 20% przypadków).

Stwierdzona zmniejszona tolerancja węglowodanowa w przypadkach raka żołądka, jelit, trzustki t. j. narządów należących do dorzecza żyły bramnej, znajdująca swój wyraz w przecukrzeniu pokarmowem krwi, dowodzi prawdopodobnie, że nowotwór wydziela pewne ciała wpływające na miąższ wątrobowy w kierunku zmniejszania jego sprawności czynnościowej.

Do takich samych mniej więcej wyników doszli autorowie francuscy (R a m o n d, P a t u r i e r i Z i z i n e 38) i inni), którzy ogłosili swoje doświadczenia jednocześnie ze mną względnie nieco później.

Zmniejszona tolerancja węglowodanowa nie jest, rzecz jasna objawem swoistym dla raka przewodu pokarmowego, jednakże, jej stwierdzenie w przypadkach, w których nie wchodzą w rachubę inne schorzenia połączone z nadmiernem przecukrzeniem pokarmowem krwi, względnie z cukromoczem pokarmowym — może służyć, jako pomocniczy środek rozpoznawczy.

Rak żołądka, jako najczęstsza postać raka przewodu pokarmowego, był szczególnie często przedmiotem badań autorów. Wobec względnie łatwej dostępliwości żołądka dla badań czynnościowych, endoskopowych i t. d. rozpoznać rak żołądka można obecnie stosunkowo wcześnie. Mimo to zbyt często jeszcze spotykamy przypadki, w których nie możemy rozstrzygnąć, czy mamy do czynienia z wrzodem, z ciężką niedomogą wydzielania, ciężkim nieżytem i t. d., czy też z rakiem. Zarówno chemiczne i drobnowidowe badanie treści żołądkowej, jak gastroskopja, badanie stolca na utajone krwawienia, roentgenoskopja i t. d. i t. d. często nie są w stanie rozstrzygnąć wątpliwości klinicysty. Nie jest to też zbyt dziwnem; toż nieraz dopiero histologiczne badanie preparatu osiągniętego przez autopsję *in vivo* czy *post mortem* jest w stanie rozstrzygnąć zagadnienie, tak n. p. wykrywając na krawędzi typowego przewlekłego wrzodu niewielkie grupy komórek o cechach zwyrodnienia złośliwego. Doniesienie M o y n i h a n a, poparte ogromnym materjałem klinicznym, że w 19% przypadków operowanych przezeń przewlekłych wrzodów żołądka stwierdzał histologicznie zwyrodnienie rakowate, dowodzi dosadnie, że nasze sposoby wczesnego rozpoznawania raka są jeszcze bardzo dalekie od doskonałości.

Metody G l u z i ń s k i e g o 40), S a l o m o n a 41) sposób N e u b a u e r a i F i s c h e r a 42), ulepszony przez K u t t n e r a i P u l v e r m a c h e r a 43) i t. p. miały na celu wypełnienie tej luki w naszych środkach rozpoznawczych. Metoda G l u z i ń s k i e g o, jak wiadomo, opiera się na założeniu, że w schorzeniu rakowatem żołądka, wydolność wydzielnicza jest zmniejszona, wskutek czego po dokładnem kilkakrotnem przepłukiwaniu żołądka, można wykazać zwłaszcza po obciążeniu go bardziej obfitym pokarmem próbnym, brak lub znaczne zmniejszenie zawartości kwasu solnego. Według S a l o m o n a treść żołądka rakowatego zawiera więcej białka oraz produktów jego rozkładu, niż we wszelkich innych schorzeniach. Wreszcie N e u b a u e r i F i s c h e r wykazali obecność peptaz t. j. zaczynów peptolitycznych w soku większości żołądków rakowatych. Te trzy próby stanowią dość często cenne pomocnicze środki rozpoznawcze w przypadkach wątpliwych .

Badając własności fizyczno-chemiczne treści żołądkowych w różnych schorzeniach czynnościowych i organicznych żołądka, stwierdziłem pewne charakterystyczne dla raka żołądka zachowanie się wskaźnika refraktometrycznego i napięcia powierzchniowego treści żołądkowej, a mianowicie 44):

a) Na czczo wskaźnik refraktometryczny przesączonej treści jest większy niż we wszelkich innych schorzeniach żołądka; przeciętnie napięcie powierzchniowe treści jest mniejsze niż w innych sokach żołądkowych czystych t. j. nie zawierających większych domieszek żółci, krwi i śluzu zewnętrznego").

b) Treść wydobyta w $^3/_4$ godzin. po spożyciu przez chorego odpowiednio przygotowanego białka jaja kurzego i 100 cm^3 wody przekroplonej wykazuje znacznie mniejszy wskaźnik refraktometryczny niż na czczo, zaś napięcie powierzchniowe jest przeciwnie większe niż na czczo. Natomiast w olbrzymiej większości innych schorzeń żołądka względnie w przypadkach z żołądkiem prawidłowym, w treści wydobytej po próbie białkowej wskaźnik załamania był większy niż na czczo, zaś napięcie powierzchniowe mniejsze. Jedynie w przypadkach połączonych z niedomogą wydzielniczą, lub z nadmiernie szybkiem opróżnianiem się żołądka wskaźnik refraktometryczny zmniejszał się, jednakże nigdy w tak znacznym stopniu, jak w raku.

Odmienne zachowanie się właściwości fizyczno-chemicznych treści żołądka rakowatego było tak stałe, że na tej zasadzie mogłem ustalić, względnie wyłączyć rozpoznanie raka w 173 zbadanych przypadkach, pośród których było 18 przypadków raka żołądka, przyczem we wszystkich bez wyjątku przypadkach rozpoznanie odpowiadało wynikom sekcji, względnie operacji, względnie dalszemu przebiegowi klinicznemu.

Nie mogę przytaczać tu założeń teoretycznych na których opiera się podana przeze mnie próba. Zaznaczę tylko, że wysoki wskaźnik refraktometryczny, a także niskie napięcie powierzchniowe treści żołądkowej wydobytej na czczo jest niezawodnie skutkiem: a) zmniejszonej wydolności ruchowej żołądka rakowatego, b) obecności większej ilości cząsteczek białkowych o dużym wskaźniku refraktometrycznym, c) obecności peptaz roszczepiających obecne w żołądku cząsteczki białkowe na mniejsze cząsteczki, które w sumie jeszcze bardziej zwiększają wskaźnik refraktometryczny, rozpuszczalnika, niż białko nierozszczepione, d) pewnych bliżej nieokreślonych właściwości tkanki rakowatej, zwłaszcza wskutek odmiennej przemiany materji (rozszczepianie cukru gronowego, odmienne zachowanie się tłuszczów i lipoidów i t. p.).

Zmniejszenie się wskaźnika refraktometrycznego oraz zwiększenie się napięcia powierzchniowego w treści żołądka rakowatego, wydobytej w $^3/_4$ godz. po spożyciu białka, polega najprawdopodobniej na: 1. zmniejszonej wydolności wydzielniczej i trawiennej żołądka rakowatego, wskutek której zmniejszenie się wskaźnika refrakto-

metrycznego zawartości żołądkowej wywołane przez nowo przybyłe 100 cm^3 wody przeważa znacznie nad jego wzrostem wywołanym przez zaczynowe trawienie jednocześnie wprowadzonego białka, 2. na odmiennym przebiegu ruchów żołądka, wsysania i roli odźwiernika w przypadkach raka żołądka.

Stwierdzone zachowanie się właściwości fizycznochemicznych treści żołądkowej w przypadkach raka żołądka jest tak dalece charakterystyczne, że wprowadzenie tej metody do diagnostyki raka żołądka jest bezwzględnie wskazane.

Piśmiennictwo.

1) Kelling. Arch. f. Verdkrkh. 1912. t. XVIII. z. 3. — 2) Engel i Pribram. cyt. wg. Sterlinga-Okuniewskiego. Med. i Kron. Lek. 1913. — 3), 4) Mertens, Maragliano, ibidem. — 5) Porges i Mayer, ibidem. — 6) Freund i Kaminer, W. Kl. W. 1911. — 7) Crile, cyt. wg. Zubrzyckiego, Przegl. lek. 1918. 2. — 8) Richartz, cyt. wg. Sterling-Okuniewskiego, l. c. — 9) Janeway, cyt. wg. Zubrzyckiego, l. c. — 10) Kelling, l. c. — 11) Sterling-Okuniewski, Med. i Kr. Lek. 1912. 37. — 12) Calmette, cyt. wg. Zubrzyckiego i Sterlinga-Okuniewskiego, l. c. — 13) Kraus, Graff i Ranzi, W. kl. W. 1911. — 14) Ranzi (książka Krausa i Leraditi'a „Handbuch der Technik und Methodik d. Immunitätsforschung", 1911. — 15) Zubrzycki, Przegl. Lek. 1918. 2, 4, 5. — 16) Dungern, Münchn. med. Woch. 1912. 20. —17) Kelling, l. c. — 18) Brieger i 19) Trebing, cyt. wg. Zubrzyckiego i Sterlinga-Okuniewskiego, l. c. — 20) Heide, ibidem. — 21) Bergmann i Mayer, cyt. wg. Zubrzyckiego, l. c. — 22) Abderhalden, Abwehrfermente d. tierischen Organismus. 1909. — 23) Pfeifer i Finsterer, cyt. wg. Ranzi, l. c. — 24) Jamanouchi, cyt. wg. Sterling-Okuniewskiego, l. c. — 25) Freund i Kaminer, l. c. — 26) Ascoli i Izar, M. m. W. 1911. 25. Berl. Kl. W. 1911. 39 i inn. — 27) Weichardt i Kümmel. M. m. W., 1911. 32. — 28) Capparelli, wg. Zeitschr. für Immunik, l. — 29) Botelho, . — 30) Frank i Heimann, Berl. kl. W., 1913. 14. — 31) Gambaroff, Münchn. m. W. 1913. 30. — 32) Brokmann, The Lancet, 1913, str. 1385. — 33) Kabanoff, Münchn. med. W., 1913. 41. — 34) S. Cytronberg, Mitteil aus d. Grenzgb. d. Med. und Chir., 1914. XXVIII. 2. — 35) Grafe i Röhmer, cyt. wg. Sterlinga-Okuniewskiego, l. c. — 36) Joseph Sailor, Journ. of. Am. Med. Assoc. 1922. 79, 15. — 37) Cytronberg, Polsk. Arch. med. wewn. 1924. I. L. 3. — 38) Ramond, Paturier i Zizine, La Presse Med., 1923. N. 11. — 39) Moynihan, The Lancet, 1923. — 40) Gluziński, Mitt. a. d. Gr'gb., 1902. X. W. kl. W. 1912. 522. — 41) Salomon, D. m. W. 1903. XXXI. 546. — 42) Neubauer i Fisher, D. A. f. kl. Med. 1909. XCVII. z. 5/6. — 43) Kuttner i Pulvermacher, Berl. klin. W. 1910. 47, 45. — 44) Cytronberg, odcz. w Warsz. Tow. Lek. 1925. 19 maja, w druku: Les Archives des Maladies de l'apparel Digestif.

Dr. JAN OFFENBERG. Warszawa.

O stosowaniu metody osłuchowo-dotykowej w rozpoznawaniu schorzeń jamy brzusznej.

(Odczyt, wygłoszony na Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich w Warszawie, dn. 14. lipca 1925 r.).

Metoda badania, polegająca na jednoczesnem stosowaniu osłuchiwania i opukiwania (*Perkussio-Auscultatio*), przy udoskonaleniu techniki, wykazuje tyle niewyzyskanych wartości, że zasługuje ze wszech miar, by zachęcić szerszy ogół lekarzy do posługiwania się tą metodą i do dalszego jej doskonalenia.

Odmianę tej metody pod nazwą „Osłuchiwanie szmerów dotykowych" miałem możność omówić w roku zeszłym na łamach „Polskiej Gazety Lekarskiej (N. 35. r. 1924)". Metoda ta polega na ocenianiu szmerów, dochodzących do uszu naszych podczas osłuchiwania, gdy jednocześnie palcem dotykamy powierzchni terenów, które poddajemy badaniu.

Podałem wówczas historję tej metody oraz wykazałem, jakie znaczenie praktyczne posiada ta metoda w badaniu stanu narządów klatki piersiowej.

Obecnie pragnę się podzielić wynikami stosowania metody osłuchowo-dotykowej w badaniu narządów jamy brzusznej.

Przedtem jednak należy przypomnieć, na czem oparta jest zasada tej metody, jaki jest cel oraz na czem polega technika metody, w szczególności w zastosowaniu do badania stanu jamy brzusznej.

Zasada: Podczas osłuchiwania odgłosów dotykowych — szmery dotykowe, słyszalne na całej przestrzeni terenów powietrznych, zanikają odrazu, gdy dotykający palec wkroczy w granicę terenu bezpowietrznego.

Zestawiając wyniki te z wynikami zwykłej perkusji, przekonywamy się, że miejsca wygaśnięcia szmerów dotykowych ściśle odpowiadają linji bezwzględnego stłumienia odgłosu opukowego.

Cel, dający się osiągnąć powyższą metodą: zapomocą metody osłuchowo-dotykowej mamy możność oznaczania granic terenów, resp. narządów bezpowietrznych, oceniać ich wielkość, kształt, umiejscowienie.

Technika: Ustawiamy słuchawkę dwuuszną (*phonendoskop*) w obrębie narządu powietrznego w znacznem oddaleniu od badanego terenu, a palcem lub jakiemś innem narzędziem, naprz. dermografem — zlekka dotykamy skóry, przebiegając w kierunku od terenu powietrznego ku bezpowietrznemu. Linję wygaśnięcia wszelkich odgłosów oznaczamy dermografem; będzie to linja, odpowiadająca granicy narządu bezpowietrznego.

Metoda ta posiada tę dogodność, że daje możność kilku osobom jednoczesnego badania i wzajemnego kontrolowania siebie (badanie zbiorowe): każdy badający ustawia swoją słuchawkę w pobliżu słuchawki drugiego i wszyscy otrzymują wrażenie z odgłosów, powstających od dotykania skóry palcem przez osobnika badającego.

Technika badania brzucha: Badając brzuch zapomocą metody osłuchowo-dotykowej, przekonaliśmy się, że osiąga się najlepsze wyniki, gdy słuchawka jest umieszczona w znacznem oddaleniu od badanego narządu: widocznie — dla dokładniejszego chwytania rozmaitych odcieni wrażeń słuchowych potrzebne jest pewne oddalenie od źródła zjawisk akustycznych, tak samo — jak perspektywa jest niezbędna dla wrażeń wzrokowych.

W celu zaznajomienia się ze stanem narządów, znajdujących się w górnej połowie brzucha, ustawiamy słuchawkę nad pępkiem, a jeszcze lepiej — nad spojeniem łonowem, palcem zaś dotykamy skóry ruchami rytmicznemi, posuwając się od dołu ku górze, ku granicom wątroby, śledziony i t. d. Tam, gdzie zaczyna się cisza, jest dolna granica tych narządów.

Dla zbadania zaś dolnej połowy brzucha — ustawiamy słuchawkę w dołku podsercowym, a palcem (ew. dermografem) dotykamy skóry w kierunku od góry ku dołowi i notujemy chwilę resp. miejsce zniknięcia szmeru.

W ten sposób dają się oznaczyć nietylko wymiary poprzeczne ciała bezpowietrznego, lecz też i boczne. Rzadko dla określenia granic bocznych, musimy ustawiać słuchawkę z boku brzucha, a wtedy palcem dotykającym posuwamy się od zewnątrz ku linji środkowej ciała.

Wyniki badania: Posługując się powyższą techniką podczas badania narządów jamy brzusznej, osiągamy cały szereg wyników, które dają możność wnioskowania w sposób dokładniejszy, aniżeli zwykłe opukiwanie, czy w jamie brzusznej zachodzą warunki prawidłowe czy też zmienione.

W stanach normalnych jesteśmy w możności tą metodą oznaczyć granicę wątroby, śledziony, przestrzeń półksiężycową Traube'go i dolną granicę żołądka.

Badanie wątroby: Poszukując dolnej granicy wątroby, badamy ją na linjach: środkowej ciała, przymostkowej prawej, sutkowej i pachowej prawej; lewą granicę określamy z łatwością, badając przestrzeń Traube'go, górna zaś granica wątroby odpowiada dolnej granicy prawego płuca, którą się oznacza podług wskazówek, omówionych przeze mnie poprzednio w N. 35 Pol. Gaz. Lek. z r. 1924 w rozdziale o badaniu klatki piersiowej.

Zupełnie analogicznie oznacza się granice śledziony: granicę dolną odszukujemy, posuwając się dotykającym palcem od dołu w kierunku łuku żebrowego, prawą granicę odszukuje się w przestrzeni Traube'go, górna — odpowiada dolnej granicy lewego płuca na linji pachowej.

W badaniu stanu narządów jamy brzusznej wielce pożyteczne jest zaznajomienie się ze stanem przestrzeni półksiężycowej Traube'go, a że zapomocą metody osłuchowo-dotykowej daje się ona określić wprost precyzyjnie, przeto nigdy nie należy w tych razach badania tego pomijać. Dzięki tej metodzie mamy możność w sposób najczulszy stwierdzać wymiary tej przestrzeni, a co za tem idzie wykrywać zmiany, zachodzące w wymiarze lewego płatu wątroby i w śledzionie. W tym celu jednak musi być ustalona ściśle granica tej przestrzeni w stanach normalnych, innemi słowy musi być ustalona granica lewa dla wątroby i prawa granica dla śledziony w obrębie tej przestrzeni u ludzi zdrowych.

Dotychczasowe poszukiwania nasze, czynione zapomocą metody osłuchowo-dotykowej, każą ustalić granicę dla lewego płatu wątroby w obrębie przestrzeni Traube'go w miejscu przecięcia łuku żebrowego przez linję przymostkową lewą, dla przedniego zaś brzegu śledziony — linję pachową przednią. Wszelkie odchylenia od tego świadczą o zmianie jaka nastąpiła z winy wątroby lub śledziony, o ile nie wejdą w grę inne sprawy chorobowe (guzy żołądka, wysięk w jamie opłucnej i t. p.).

W oznaczaniu granic żołądka zadowalamy się określaniem dolnej granicy, jako najbardziej miarodajnej.

Pamiętając, że metoda osłuchowo-dotykowa wykazuje dokładnie granicę tylko pomiędzy narządem powietrznym i bezpowietrznym, musimy uczynić z żołądka, a przynajmniej z części jego, narząd bezpowietrzny przez podanie choremu do wypicia na czczo conajmniej 1 szklanki płynu (ciepłego) i wówczas zbadać chorego w położeniu pionowem. Tak samo zresztą postępowali Penzoldt-Dehio, gdy zapomocą zwykłego opukiwania badali granice żołądka oraz podatność ścian jego (rozciągliwość).

Zbadawszy chorego przed podaniem płynu i nie stwierdziwszy nigdzie zanikania szmeru dotykowego, spostrzegamy, że po przyjęciu płynu zjawia się pas, gdzie wszelkie akustyczne wrażenia, pochodzące od dotyku, wygasają; w ten sposób zaznacza się górna i dolna granica płynu w żołądku; dolna granica płynu — odpowiada dolnej granicy żołądka[1]).

Sprawdzając wyniki te zapomocą promieni Roentgena, przekonaliśmy się, że Roentgen wykazuje nieco niżej dolną granicę żołądka. Przypuszczać należy, że promienie Roentgena, jako przebiegające w kierunku nie równoległym, lecz pod kątem, trafiają w swym rzucie na ekran nieco nazewnątrz od rzeczywistej granicy badanego narządu. Stąd ta różnica.

Oznaczanie granicy żołądka możemy połączyć z badaniem jego sprawności mechanicznej, należy tylko w określonych odstępach czasu sprawdzać poziom przyjętego przez badanego osobnika płynu. Wyników tych jednak obecnie nie podajemy, gdyż te badania nasze są jeszcze w toku.

Gdyśmy teraz poznali zasadę metody osłuchowo-dotykowej, jej cel, technikę oraz przekonali się o możliwości osiągnięcia tą drogą zupełnie pozytywnych wyników w badaniu narządów jamy brzusznej w stanach normalnych, staje się zrozumiałem, że metoda ta daje możność stwierdzania również i wszelkich odchyleń od normy w stanie jamy brzusznej.

Na zasadzie kazuistyki naszej, pochodzącej w głównej swej części z oddziału S. Bronowskiego (Szpital S-go Ducha), mogliśmy dojść do przeświadczenia, że metodą osłuchowo-dotykową dają się rozpoznać następujące stany chorobowe w jamie brzusznej:

1) Powiększenie lub zmniejszenie wątroby, ewentualnie jej przemieszczenie.
2) Powiększenie woreczka żółciowego.
3) Powiększenie śledziony.
4) Przemieszczenie dolnej granicy żołądka.
5) Zmieniony stan przestrzeni półksiężycowej Traube'go, zależny od zmiany wielkości wątroby lub śledziony lub od nagromadzenia płynu nad przeponą.
6) Przepełniony pęcherz moczowy.
7) Powiększoną macicę.
8) Guzy jajników.
9) Inne guzy jamy brzusznej.
10) Wolny płyn w jamie brzusznej.

W końcu podajemy wnioski, do których doprowadziły nas dwuletnie poszukiwania i obserwacje, poczynione na chorych ze schorzeniami jamy brzusznej, badanych w celach rozpoznawczych zapomocą metody osłuchowo-dotykowej.

1. Wyniki metody osłuchowo-dotykowej zgadzają się z wynikami, otrzymywanemi zapomocą zwykłego opukiwania i wyczuwania (palpatio).

2. Metoda jest czulsza od zwykłego opukiwania.

3. Praktyczna wartość metody zwiększa się, gdy zwykłe opukiwanie oraz wyczuwanie nie dają żadnych wyników, n. p. u osobników bardzo otyłych lub z bardzo napiętemi ściankami brzusznemi.

4. Oznaczanie granic żołądka zapomocą omawianej metody posiada wyższość nad badaniem zapomocą wydymania — ze względu na bezpieczeństwo i łatwość zastosowania, a w braku Roentgena metoda ta może do pewnego stopnia zastąpić badanie granic żołądka promieniami X.

5. Metoda osłuchowo-dotykowa jest pożyteczna w oznaczaniu płynu wolnego w jamie brzusznej, zwłaszcza w tych przypadkach, gdy zwykłem opukiwaniem lub drogą wywoływania chełbotania osiągamy wyniki wątpliwe.

6. Jeżeli dla rozpoznania schorzenia jamy brzusznej niezbędne jest ściśle ustalenie linji, ew. całej konfiguracji ciała bezpowietrznego (chorobowo zmieniony narząd, guz, ascites), a zapomocą zwykłych metod nie jesteśmy w stanie oznaczyć tych konturów, wówczas metoda osłuchowo-dotykowa może przyjść z pomocą i zadanie powyższe spełnić z wielką dokładnością.

Z praktyki.

Doc. Dr. Stefan STERLING-OKUNIEWSKI. Warszawa.

O znaczeniu odruchu oczno-sercowego i o zastosowaniu praktycznem ucisku gałek ocznych*).

W 1908 r. Aschner zwrócił uwagę na ciekawy fakt, iż pod wpływem ucisku jednej, zwłaszcza prawej, lub obydwu gałek ocznych, następuje zmniejszenie częstości uderzeń tętna. Przez kilka lat tą sprawą fizjologiczną zajmowano się mało i dopiero w 1913—1914 latach we Francji poświęcono odruchowi oczno-sercowemu wiele prac zarówno teoretycznych, jak i klinicznych w celu zbadania wartości i znaczenia jego pod względem klinicznym. Z badań tych wynika, iż ucisk gałek ocznych wywiera najbardziej widoczny wpływ na czynność serca, poza tem jednak — obok zaburzeń w stanie ogólnym (uczucie zimna, ciepła, kolka kiszkowa, nudności, wymioty, bóle i zawroty głowy) — wywołuje dość często zaznaczone objawy oddechowe t. zw. odczyn oczno-oddechowy lub oczno-przeponowy), niekiedy prowadzi do zmian w odruchach ścięgnistych i skórnych,

[1]) Zrozumiałem jest, że dolną granicę płynu w żołądku odszukujemy, ustawiając słuchawkę nad spojeniem łonowem, palcem zaś dotykamy skóry brzucha, krocząc od dołu ku górze, granicę zaś górną płynu oznaczamy odwrotnie: słuchawkę umieszczamy w dołku podsercowym, palcem zaś dotykającym posuwamy się od góry ku dołowi.

*) Wygłoszone na XII. Zjeździe Lek. i Przyr. w Sekcji medycyny wewnętrznej.

a nawet powoduje zjawianie się w moczu składników patologicznych (białko, cukier u padaczkowych).

W celu wywołania odruchu, pod względem technicznym, należy w pozycji leżącej ucisnąć choremu obie jego gałki oczne w ciągu 15—30 sekund (ewentualnie licząc do 20—30) bądź palcami wskazującemi badacza, bądź zapomocą specjalnego przyrządu — uciskacza, t. zw. „compresseur oculo — cardiaque“ (firmy Boulitte w Paryżu). U zdrowych ludzi i u zwierząt w kilka sekund po rozpoczęciu ucisku następuje prawie stale zwolnienie tętna — przeciętnie o 6—12 uderzeń na minutę u ludzi, u psów zaś — 30—40 uderzeń. W niewielkim odsetku przyp. (około 4%), zwłaszcza u kobiet, zamiast zwolnienia tętna, spostrzega się nieznaczne jego przyśpieszenie. W okresie odruchu spostrzega się niekiedy odchylenia od prawidłowych czynności mięśnia sercowego: zaburzenia w przewodnictwie przedsionkowo-komorowem, wyrażające się w wydłużeniu przerwy między skurczem przedsionków i komór, a w wyjątkowych przypadkach może nawet nastąpić całkowita — 5—6 sekundowa — przerwa w czynności serca. Zdarza się, iż od dłuższego ucisku następuje rozkojarzenie w czynności przedsionków i komór, przyczem występują skurcze, nie przechodzące na komory i naodwrót, komory kurczą się jednocześnie lub prawie jednocześnie z przedsionkami; w pewnych przypadkach bradykardji prawdziwej, skurcze przenoszą się nawet w kierunku odwrotnym, t. j. z komór na przedsionki (*rythme inverse* — P e t z e t a k i s). Oprócz zmian w częstości tętna notowano jeszcze zmiany w wielkości tętna i w ciśnieniu krwi — według jednych badaczów następuje zmniejszenie amplitudy tętna i parcia krwi (L o e p e r, M o u g e o t), według innych — zwiększenie.

Po wstrzyknięciu 1 mgr atropiny po 10 min. odruch oczno-sercowy zostaje zniesiony (natomiast odruch oczno-oddechowy trwa w dalszym ciągu), ciśnienie krwi — odruch *„oculo-vaso-moteur“*, jak go nazywa P e t z e t a k i s, może się zmniejszyć, powiększyć lub pozostać bez zmiany. Po wstrzyknięciu 1 mgr pilokarpiny odczyn się wzmaga, w narkozie chloroformowej ginie dopiero w bardzo głębokiem uśpieniu, a w eterowej pozostaje bez zmiany. Adrenalina (1 mgr) według spostrzeżeń własnych — zazwyczaj nie wywiera wpływu na odczyn oczno-sercowy.

Co do teoretycznych podstaw odruchu, to nie są one łatwe. Już A s c h n e r, a następnie inni autorzy francuscy (G u i l l a u m e i inni) tłumaczyli odruch oczno-sercowy w ten sposób, iż podnieta z gałki ocznej przenosi się drogą nerwu trójdzielnego do istoty szarej rdzenia przedłużonego, gdzie podrażnia szereg ośrodków, a mianowicie ośrodek nerwu błędnego, współczulnego i przeponowego, czego wynikiem są zmiany w krążeniu i oddychaniu; przeważa, naturalnie, odruch oczno-sercowy, ale — jak już wspomniano — obok niego występuje również odruch oddechowy i naczynio-ruchowy. Że istotnie nerw trójdzielny stanowi drogę dośrodkową, przekonały przypadki neuralgji tego nerwu, w których w celach leczniczych dokonywano wycięcia kawałków nerwu pomiędzy opuszką, a węzłem G a s s e r a, odruch po stronie z uszkodzonym nerwem trójdzielnym znikał, po stronie normalnej pozostawał bez zmiany[1]). Natomiast w przypadkach jednostronnego schorzenia nerwu trójdzielnego odruch, według J. A. B a r r é g o i L. C r a s e m a, zachowuje się rozmaicie: niekiedy znika, niekiedy pozostaje bez zmiany, i to zarówno po stronie chorej jak i zdrowej. W powstawaniu specjalnie odruchu oczno-sercowego przyjmuje udział według jednych autorów wyłącznie nerw błędny, według innych — również i nerw współczulny. W każdym razie odczyn normalny, wskazuje w ustroju normalnym na przewagę układu, hamującego czynność serca, nad przyśpieszającym; może jednak wystąpić przyśpieszenie, wówczas musimy liczyć się z przewagą układu współczulnego (*st. sympathicotonicus*).

Naturalnie, przystąpiono do badania odruchu w różnych stanach chorobowych, zwłaszcza układu nerwowego. Nastąpił długi szereg prac L e s i e u r, V e r n e t'a i P e t z e t a k i s a, zwłaszcza ostatniego, L o e p e r'a i M o u g e o t'a, samego M o u g e o t'a i w. inn. Okazało się, iż odruch oczno-sercowy w wielu stanach chorobowych ulega zmianom: to zostaje znacznie wzmożony, jak w padaczce, gdzie spostrzegano zahamowanie czynności serca (w jednym przyp. do 14 sek.), to zostaje całkiem zniesiony, jak w wiądzie rdzenia, w porażeniu połowiczem (wogóle brak zmian w tętnie po ucisku gałek ocznych znamionuje, według wielu autorów, cierpienie kiłowe układu nerwowego), bądź wreszcie odmienionym (*inverse*) — zamiast zwolnienia następuje przyśpieszenie tętna, jak to spostrzegałem w licznych przypadkach gruźlicy (podrażnienie układu współczulnego). Bardzo ciekawe są spostrzeżenia autorów francuskich, zwłaszcza M o u g e o t'a, co do odruchu oczno-sercowego w różnych postaciach częstoskurczu. Odruch bywa stale zachowany w częstoskurczu, zależnym od niedomogi mięśnia sercowego, nawet w ciężkich stanach, w tachykardji, zależnej od zaburzeń w czynności gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, oraz w przypadkach bez widocznego tła anatomicznego, w t. zw. tachykardji nerwowej. Natomiast nie występuje odruch oczno-sercowy w częstoskurczu, powstającym wskutek: 1) porażenia nerwu błędnego (przy zwężeniu ujścia żylnego lewego), 2) spraw zapalnych w otoczeniu nerwu błędnego (tętniak aorty z zajęciem tkanki śródpiersia), 3) zatrucia ośrodka, regulującego czynność serca (gruźlica), 4) wskutek kiły w późnych jej okresach, z zajęciem ośrodków mózgowych lub opon.

Być może, stosowanie odruchu oczno-sercowego, pomimo tych badań, nie stanowi jeszcze dostatecznie opracowanego środka rozpoznawczego dla kliniki; zwłaszcza jeśli odruch ten — jak twierdzi A. K o b r y n e r — nie jest objawem stałym i niezmiennym u tego samego osobnika, lecz w ciągu bardzo krótkiego czasu może się zmieniać (z dodatniego stawać się odwróconym i t. d.). Jednak z czasem dalsze badania może ustalą pewne stany, w których posługiwanie się odruchem będzie miało znaczenie diagnostyczne.

Natomiast jako środek leczniczy ucisk gałek ocznych niewątpliwie może znaleźć pewne zastosowanie. Już przed wojną L o e p e r i W e i l uciskali gałki oczne w niektórych cierpieniach nerwowych pochodzenia opuszkowego; a więc u chorych, miewających skurcze gardzieli, przełyku i wpustu żołądka, w napadach dychawicy, w bolach stenokardjalnych, a zwłaszcza podczas uporczywej czkawki, kichania lub męczącego ziewania — autorzy ci spostrzegali wybitną i trwałą poprawę. Dziś stwierdzić możemy na podstawie własnego doświadczenia i danych z piśmiennictwa, iż uciskanie gałek ocznych posiada znaczenie praktyczne w szeregu najrozmaitszych niedomagań lub przykrych przedmiotowo objawów.

1. W przebiegu czkawki epidemicznej w 1920 r. we Francji środki lecznicze, jak morfina i jej pochodne, eter, eter amylowalerjanowy, walerjana, kamfora, beladona, kokaina, chloroform naogół zawodziły. Natomiast ucisk gałki ocznej, jak to na dużym materjale stwierdzili S i c a r d i P a r a f, a co potwierdzili również inni, może powstrzymać napad czkawki. W trzech przypadkach czkawki epidemicznej z pośród pięciu, spostrzeganych przeze mnie w 1922 r., istotnie tylko drogą ucisku gałki ocznej udało się powstrzymać dłużej już trwającą czkawkę (w jednym przypadku 24 godz., w drugim trzy doby) po kilku uciśnięciach gałek w przerwach kilkunasto minutowych; nie ulega żadnej wątpliwości, że dolegliwy ten objaw ustąpił wskutek zastosowania tego prostego rękoczynu.

2. Czkawkę, występującą w przebiegu wielu chorób zakaźnych, zwłaszcza, gdy nie powstaje ona wskutek podrażnienia lub zapalenia otrzewnej, można dość często powstrzymać jedynie drogą uciskania (niekiedy powtarzanego) gałek ocznych. W ten sposób udawało mi się wielokrotnie u chorych na tyfus brzuszny, czerwonkę, dur plamisty usunąć ten bardzo nieraz męczący chorego objaw. Natural-

nie, zdarzają się przypadki, w których ucisk zawodzi, widywałem natomiast takie, gdzie było niewątpliwie lekkie podrażnienie otrzewnej, a po kilkurazowym ucisku, czkawka — *propter hoc* czy *post hoc* — ustępowała.

3. Czkawkę, która bardzo często występuje z łatwością u dzieci wskutek wielu przyczyn (n. p. wskutek szybkiego ruchu, wskutek łechtania lub uporczywego i gwałtownego śmiechu i t. p.) zazwyczaj można powstrzymać od jedno lub parorazowego ucisku gałek.

Prawdopodobnie udałoby to się uczynić i u dorosłych w stanach, ujmowanych pod nazwą — „mioklonji histerycznej" lub „paramioklonji neuropatycznej".

4. Napady częstoskurczu napadowego (*tachycardia paroxysmalis*) udaje się przerwać po parorazowym ucisku gałek ocznych. Przy stosowaniu ucisku na samym początku zjawiania się napadu można doprowadzić do napadu poronnego, a stosując ten sposób w ciągu dłuższego czasu można wreszcie doprowadzić do całkowitego zaniku choroby. W jednym takim przypadku u 36-letniej chorej z inteligencji, o doskonale rozwiniętej zdolności samospostrzegania, u której liczba uderzeń serca i tętna na minutę podczas napadu dochodziła do 180—200, a nawet wyżej, po bezskutecznem podawaniu najrozmaitszych leków drogą systematycznego stosowania ucisku gałek ocznych udało się od dwóch lat powstrzymać napady; subjektywnie osoba ta uważa się za wyleczoną. U drugiej chorej tego rodzaju napady występują rzadziej i są mniej uciążliwe.

Z tych kilku punktów wynika, że ucisk gałek ocznych posiada w pewnych razach zastosowanie praktyczne. Być może, odruch oczno-sercowy nie daje tego, czego się od niego spodziewano, pod względem klinicznym, bezsprzecznie stanowi jednak ciekawe zjawisko biologiczne, uciskanie zaś gałek nie jest bez znaczenia jako środek leczniczy.

Dr. med. Stefan BAGIŃSKI. Wilno.

Przyczynek do leczenia gorączki gruźliczej.

Charakter gruźlicy, zależny od siedliska prątków, jest tak różny, że dotąd nie posiadamy żadnego swoistego środka do zwalczania tej choroby, której nasilenie w powojennych czasach wymaga wielkiego wysiłku nietylko lekarzy, lecz i całego społeczeństwa.

W niniejszej notatce pragnę zwrócić uwagę ogółu lekarzy na pewny pod względem działania, a przytem zupełnie nieszkodliwy oraz łatwy do zastosowania środek, jakim jest Elbon „Ciba".

Jest to pod względem chemicznym cynamoilo-para-oksyfenylo-mocznik i w obiegu znajduje się w postaci tabletek bez smaku, o słabo aromatycznym zapachu, nie rozpuszcza się w wodzie, natomiast łatwo się rozpuszcza w lipoidach. W ustroju rozpada się na kwas cynamonowy i oksy-fenylo-mocznik, pierwszy o wybitnem działaniu bakterjobójczem, drugi zaś o własnościach przeciwgorączkowych. W dalszym procesie kwas cynamonowy utlenia się, tworząc kwas bedźwinowy, który znów łącząc się z glykokolem daje kwas hipurowy i w tej postaci wydziela się z moczem. Co zaś do jądra fenylo-mocznika, to następuje rozkład na niższe związki aminofenolu znane jako wybitne leki przeciwgorączkowe. Badania moczu w zupełności potwierdziły powyższą drogę rozkładu.

Z tego wynika, że w Elbonie „Ciba" mamy szczęśliwe połączenie dwóch tak ważnych dla leczenia gruźlicy czynników jak odkażanie i działanie przeciwgorączkowe.

Badania na zwierzętach stwierdziły niemal zupełny brak własności trujących; króliki znosiły przez długi czas ogromne dawki — 4 grm. na kg. wagi.

Przekonałem się, że Elbon najkorzystniej działa podawany 4 razy dziennie po 1 tabletce; po kilku tygodniach wystarczają 3 tabletki dziennie. Dawki mniejsze dają wyniki mniej pewne. Chorzy znoszą ten przetwór dobrze, a wobec braku smaku i zapachu zażywają go chętnie. Już po pierwszej tabletce daje się zauważyć ułatwione wykrztuszanie; wkrótce plwocina staje się bardziej płynną i przejrzystą; lecz wynik swoisty występuje dopiero po tygodniowem conajmniej, leczeniu. Przedewszystkiem daje się zauważyć łagodny, lecz trwały spadek ciepłoty o 0,1—0,2° na dobę. Po kilku tygodniach ciepłota opadała do 37,2° i w tych granicach utrzymywała się czas dłuższy. Spadku gwałtownego nigdy nie zauważyłem tak, jak to bywa przy zwykłych lekach przeciwgorączkowych.

Stan ogólny chorych ulega znacznej poprawie, samopoczucie polepsza się, humor powraca, a łaknienie i siły zwiększają się. Waga ciała, która zwykle opadała, utrzymuje się na jednym poziomie, a w dalszym ciągu powoli przybywa, w spostrzeganych przypadkach średnio o 400 do 700 grm. tygodniowo, oczywiście przy wzmożonem odżywianiu.

Ilość drobnoustrojów różnego rodzaju, a w tem i prątków Kocha, ulega zmniejszeniu, plwocina oczyszcza się. Szczególnie wybitnie występuje zmniejszenie ilości drobnoustrojów w przypadkach nieprątkujących, zmniejsza się również ilość morfologicznych składników plwociny.

Badanie fizykalne stwierdza stopniowe znikanie objawów chorobowych w płucach, lub przynajmniej zahamowanie procesu. Nie wszystkie coprawda obserwacje uważam za ukończone; niektóre trwają już od 6 miesięcy, a chorzy nadal zażywają Elbon. Pomimo tak długiego okresu leczenia, nie zauważyłem szkodliwego działania.

Dla przykładu przytaczam najbardziej typowe historje choroby.

E. A. uczennica, lat 18. — Chora od 2 lat. Rok pobytu w uzdrowisku, gdzie wykonano prawostronną odmę. W końcu 1924. r. prawostronne zapalenie płuc z wysiękiem do jamy opłucnowej. Jako beznadziejnie chorą zabrano ją do domu. Początek mego leczenia 12 lutego 1925. waga 40 kg. Ciepł. 39,2° wieczorem. Nieznaczne krwioplucie. Brak apetytu, znaczne osłabienie, od 4 miesięcy nie opuszcza łóżka. Przedmiotowo ustalona sprawa chorobowa w obydwu płucach; w prawem większy obszar zajęty, liczne zrosty opłucnowe. Jam rozpadowych obszernych niema. Rozpoznanie: **Phtisis pulmonum declarata, fibro-caseosa, progrediens acuta** (wdł. podziału Sterlinga). Elbon 4 razy dziennie po 1 tabletce.

26. V. wyjechała na wieś. Elbon 3×1 tabletce. W ciągu trzechmiesięcznego pobytu na wsi nie gorączkowała. Od sierpnia Elbonu nie używa wskutek niemożności nabycia preparatu na wsi. Plwocina nie badana.

W ciągu 3 miesięcy leczenia przybyło na wadze 2·5 kg. Ciepłota prawie w granicach normy. Znaczne polepszenie. Badanie fizykalne stwierdziło zahamowanie sprawy chorobowej, która dotąd szybko rozprzestrzeniała się na zdrowe okolice. Liczba prątków zmniejszyła się z 4—5 na 1—2 w polu widzenia.

M. K. — 25 lat, urzędniczka. Siostra przed paru dniami zmarła na gruźlicę. Kaszel od kilku miesięcy. Osłabienie, brak łaknienia, poty, apatja. Początek leczenia 15. III, ciepłota 37,3° wieczorem. Waga 49 kg. Przedmiotowo stwierdzono zajęte oba szczyty liczne rzężenia. W plwocinie prątków niema, lecz znajduje się mnóstwo innych drobnoustrojów. Rozpoznanie: **Phtisis pulmonum incipiens.** Zastosowano 3 tabletki Elbonu dziennie.

Obecnie czuje się bardzo dobrze. Kaszel ustał. Nieznaczna ilość plwociny zrana, drobnoustrojów bardzo mało. Łaknienie dobre, samopoczucie wspaniałe. Przybyła na wadze 3 kg. Wyjechała na wieś. Dalszych obserwacyj co do niej narazie brak.

Inne przypadki miały podobny przebieg.

Główne wrażenia, wyniesione z tych kilku (7) spostrzeżeń streścić mogę w sposób następujący:

1. Niesłusznie zaniedbana metoda Landerera stosowania podskórnie kwasu cynamonowego została nad wyraz pomyślnie zreformowana w Elbonie, dając możność w sposób wygodny i nieszkodliwy odkażać płuca, zajęte sprawą chorobową.

2. Cennemi są własności Elbonu ze względu na rozrzedzanie plwociny i ułatwienie wykrztuszania.

3. Tak energiczne leki przeciwgorączkowe jak pochodne z grupy para-aminofenolu w Elbonie zachowują

się nad wyraz łagodnie, niezawodnie dzięki wprowadzeniu do związku tego mocznika.

4. Zmiany objektywne idą w parze z litycznym spadkiem gorączki i wyrażają się też w poprawie samopoczucia chorych, którym nieszkodliwe i wygodne leczenie przywraca wiarę w swoje siły i w powrót do zdrowia.

5. Im dalej posunięta jest sprawa chorobowa, tem dłużej czekać trzeba na spadek ciepłoty, aczkolwiek już po krótkim czasie, nawet w okresach późniejszych zauważyć można poprawę.

6. Elbon nadaje się do leczenia gruźlicy w okresie I. i II., a wymaga długotrwałego i nieprzerwanego stosowania, aż do dnia, kiedy gorączka nie powraca mimo przerwy w podawaniu.

Wykłady i odczyty.

Doc. Dr. A. ŁAWRYNOWICZ. Warszawa.

Uwagi w sprawie rozpoznawania bakterjologicznego zakażeń rzeżączkowych.

(Z Miejskiej Pracowni Bakterjologicznej m. st. Warszawy).

Zakażenie rzeżączkowe stanowi teren, na którym spotykają się klinicysta i bakterjolog. Skuteczna praca kliniczna winna opierać się na należytem wykorzystaniu zdobyczy pracowni bakterjologicznej, gdyż wtedy tylko będzie ona miała trwały grunt i oparcie. Pod tym kątem widzenia chcę poddać analizie krytycznej kilka spraw, dotyczących rozpoznawania bakterjologicznego zakażeń rzeżączkowych.

Zapatrywania na rozpoznawanie, jego sposoby oraz metodykę, z biegiem czasu ulegały zmianie. Początkowa tendencja opierania rozpoznawania na wyłącznem badaniu drobnowidowem, po ustaleniu faktu możliwości osiągnięcia hodowli dwoinki wiewiórowej na podłożach odpowiednich, zachwiała się nieco, wysuwając konieczność badania bakterjologicznego, zwłaszcza w przypadkach niewyraźnych lub z małą ilością dwoinek wiewiórowych w wydzielinach. Jednakże trudności wyszczepienia dwoinki wiewiórowej, brak pewnej i ścisłej metodyki doprowadziły do tego stanu, jaki panuje niemal do chwili obecnej, kiedy się w pracy klinicznej polega przedewszystkiem na badaniu drobnowidowem.

Gdy chodzi o badanie dwoinki wiewiórowej, drobnowidowe, morfologiczne, punktami podstawowemi oparcia są: kształt dwoinki wiew., jej stosunek do barwienia sposobem Grama, oraz sposób ułożenia.

Jeszcze w początkowym okresie badań nad gonokokiem Bumm zaznaczył, że typowy kształt poszczególnych ziarenkowców z wklęśnięciem na powierzchniach zetknięcia się, może się zmieniać na okrągławo-owalny, zatracając przez to swoją typowość; tego rodzaju zmiany zaznaczono zwłaszcza dla hodowli dwoinki wiewiórowej na podłożach sztucznych; już w pierwszych pokoleniach poza ustrojem ludzkim kształt typowy w stopniu większym lub mniejszym ulegał zanikowi.

Jeśli chodzi o zmianę kształtu dwoinki wiewiórowej, stwierdzaną drobnowidowo w wydzielinach z ustroju ludzkiego, to była ona naogół zaznaczana rzadko.

W ustroju chorym szereg czynników rozmaitych oddziaływa na dwoinki wiewiórowe, umieszczone na powierzchni błon śluzowych lub w warstwach głębszych tkankowych (siły obronne ustroju, współżycie z innemi drobnoustrojami i i.). Lecz nadto, w przypadkach zakażenia rzeżączkowego poddawanych leczeniu, w rachubę winien wchodzić i czynnik oddziaływania rozmaitych środków leczniczych bakterjobójczych, stosowanych na zakażonej błonie śluzowej. W tym względzie, jedną z pierwszych wskazówek zawdzięczamy Krzyształowiczowi, który w r. 1894 poruszając sprawę znaczenia metody Janet'a w leczeniu rzeżączki, stwierdza w pewnych przypadkach po zastosowaniu solut. kal. hypermanganici 1:4000 ilościowe zmniejszenie gonokoków w wydzielinach, utratę wyraźnych konturów, pojawienie się postaci dwoinek nietypowych, które uważać należy za zwyrodniałe postacie gonokoków; o podobnych zmianach dwoinek wiewiórowych nadmienia Bröse. Jednakże sprawa zmian morfologicznych gonokoka w ustroju nie wzbudziła większego zainteresowania. Jedynie Herzog, wytrwale broniący swego punktu widzenia na jaglicę, jako odmianę zakażenia rzeżączkowego, podał zmiany zwyradniające gonokoka, zachodzące wewnątrz-komórkowo, polegające przedewszystkiem na tworzeniu dwoinek znacznie odbiegających od przeciętnej wielkości — tworów karłowatych oraz olbrzymich (microgonococcus, gigantogonococcus). Aczkolwiek zapatrywanie na te twory zwyrodniające, jako na ogniwo łączące gonokoka z chlamydozoa Provazeki, nie zostało przyjęte, jednakże spostrzeżenia nad morfologią oraz zdolnością gonokoka do zaznaczania w ustroju zmian zwyrodniających stanowią fakt niezaprzeczalny.

Zmiany morfologiczne dwoinek wiewiórowych po zastosowaniu przetworów bakterjologicznych, doświadczalnie i na materjale klinicznym stwierdza Markus, podając, że argent. nitricum i protargol (w rozt. 1:1000—2000) po 5' oddziaływaniu na hodowle dwoinek na agarze z płynem puchlinowym dają wybitne zmiany wsteczne. Nadmanganian potasu (rozt. 1:1000 do 1:5000) po 10' daje wybitne zmiany wsteczne. Systematycznie, z dnia na dzień, badając wydzieliny chorych leczonych rozmaitemi substancjami chemicznemi oraz przemywaniami gorącemi, stwierdził on identyczne z powyższemi zmiany zwyrodniające, polegające na powstawaniu postaci karłowatych lub olbrzymich okrągłych, źle albo wcale się nie barwiących barwikami ogólnie używanemi.

Badając w większej ilości systematycznie preparaty z pochwy, w przewlekłych, trwających od lat kilku i stale leczonych stanach zapalnych pochwy (vulvo-vaginitis) wieku dziecięcego, miałem możność spostrzegania postaci zwyrodniałych gonokoka przeważnie ułożonych wewnątrzkomórkowo (microgonococcus, gigantogonococcus). U mężczyzn tego rodzaju zmiany spostrzegałem o wiele rzadziej i wyłącznie tylko w zakażeniach przewlekłych.

Fakty wyżej podane wystarczają, aby stwierdzić, że w ustroju zakażonym można spostrzegać dwoinki, ulegające zmianom zwyrodniającym bądź samoistnie, bądź też po zadziałaniu przetworów leczniczych bakterjobójczych.

Te postaci zwyrodniałe, odbiegające znacznie od typowych kształtów gonokoka, występujące przedewszystkiem w przypadkach przewlekłych i leczonych, stanowią znaczne trudności w rozpoznawaniu drobnowidowem, na preparatach wydzielin. Częstokroć takie twory, nie brane pod uwagę i niedość dobrze znane osobom wykonywującym badanie, ulegają przeoczeniu i powodują nieprawidłowe orzeczenie wyniku.

W ten sposób badanie drobnowidowe, posiadające pewną wartość w rozpoznawaniu zakażenia rzeżączkowego w przypadkach wyniku dodatniego, znajduje dodatkowe zastrzeżenie ze względu na możliwość istnienia nietypowych postaci zwyrodniałych dwoinek.

Przy badaniu drobnowidowem hodowli dwoinki rzeżączkowej na sztucznych podłożach poczynić należy te same zastrzeżenia. W pracach swoich miałem już sposobność do szczegółowego omówienia tej sprawy. Otóż z możliwością występowania odmian zwyrodniałych gonokoka winniśmy sie liczyć przy hodowaniu dwoinek na podłożach sztucznych. Pomimo licznych rozmaitych podłóż, dwoinki z trudem zachowują swoją żywotność poza ustrojem ludzkim. Warunki środowiska na każdem podłożu sztucznem o tyle są gorsze, że dwoinki bądź wcale nie rosną, bądź też z trudem dostosowują się do tych nowych warunków. Temu okresowi dostosowywania się w znacznej części przypadków towarzyszą objawy chorobowe, drobnowidowo zaznaczane przez mniej lub więcej wybitną inwolucję.

Każda hodowla na podłożu sztucznem szybko zatraca typowy kształt osobników poszczególnych, w postaci zaznaczonych wyżej zmian zwyrodniających, występujących już w pierwszych pokoleniach. Pojedyncze szczepy zaznaczają zmiany wsteczne w stopniu o wiele dalej posuniętym. Postacie inwolucyjne w tym przypadku mają kształty wydłużone, laseczkowate, ze zgrubieniami maczugowatemi, o długości do 8 mm. i średnicy nie zawsze prawidłowej. Wobec tego iż zmiany wsteczne obejmują nie wszystkie osobniki szczepu, przy badaniu drobnowidowem daje się spostrzegać ogromna rozmaitość kształtów. Rozmaity stopień zwyrodnienia poszczególnych ziarenkowców dwoinek lub czworniaków rzeżączkowych powoduje powstawanie dziwacznych niekiedy, tworów.

O ile badając drobnowidowo taki szczep na podłożach sztucznych zwłaszcza w pierwszem pokoleniu, spotka się podobne zmiany wsteczne, to tylko przy należytej znajomości tych zmian można stwierdzić przyrodę wiewiórową szczepu. W doświadczeniu własnem nie od pierwszego szczepu zdołałem zorjentować się w istotnym stanie rzeczy. Zmiany wsteczne, spostrzegane niekiedy w ciągu kilku pokoleń z rzędu, ustępują przy dalszem hodowaniu i dwoinka wraca do właściwej sobie na podłożach sztucznych morfologji. Nie wiedząc początkowo o istnieniu i ewolucji zmian inwolucyjnych w hodowlach gonokokowych traktowałem je jako przypadkowe i obce gonokokowi, bądź też jako zanieczyszczenia. Dopiero w dalszym ciągu spostrzeżeń ustaliłem istotną wartość tych zmian wstecznych. Przypuszczać można, że niedostateczna znajomość tych zmian inwolucyjnych nieraz stanowiła i w chwili obecnej jeszcze stanowi przyczynę orzeczenia ujemnego przy rozpoznawaniu bakterjologicznem.

Te zmiany wsteczne w hodowlach dwoinek wiewiórowych, stanowią osobliwość, o której pamiętać należy przy badaniu drobnowidowem hodowli dwoinek, zwłaszcza w pierwszych pokoleniach.

A więc morfologja dwoinek przy badaniu preparatów wydzielin, jakoteż przy badaniu preparatów z hodowli ulega niekiedy wybitnym odchyleniom od kształtów typowych.

Drugą cechą podstawową i charakterystyczną dwoinki wiewiórowej, stanowi stosunek jej ujemny do barwienia sposobem Grama. Cecha ta w olbrzymiej większości przypadków wypada prawidłowo. W pewnych jednakże warunkach staje się ona chwiejną; dotyczy to wyżej zaznaczonych postaci wstecznych, powstają-

cych przy zadziałaniu na dwoinki wiewiórowe szkodliwych czynników zewnętrznych. Postacie inwolucyjne, przechodzące prawdopodobnie, jednocześnie ze zmianami morfologicznemi pewne zmiany biochemiczne, zaznaczają te ostatnie przez chwiejny stosunek do barwienia sposobem Grama. Im wybitniej zaznaczają się zmiany wsteczne tem wyraźniej wystąpić może wynik dodatni barwienia sposobem Grama. Skala dodatniości w tym przypadku jest bardzo szeroka. Przy barwieniu preparatu z wydzielin tylko wyjątkowo stwierdzić możemy osobniki Gramo-dodatnie, częściej wynik badania jest chwiejny, wątpliwy. W preparatach szczepów ulegających wybitnym zmianom wstecznym można spostrzegać mniejszą lub większą ilość dwoinek zabarwionych dodatnio według Grama, zawsze jednakże jednocześnie stwierdza się dwoinki barwiące się prawidłowo. Nie każda komórka drobnoustrojowa zmieniona wstecznie daje wynik dodatni barwienia podług Grama. Częstokroć spostrzega się wybitnie zwyrodniałe dwoinki, barwiące się jednakże prawidłowo. Potwierdzając istnienie Gramo-dodatnich postaci dwoinek z całą stanowczością winienem jednakże zaznaczyć, że ta cecha stanowi zwykle objaw przemijający. Nie widziałem i nie mam dowodów na to, aby istniały Gramo-dodatnie odmiany dwoinek. Odnośnie do tych ostatnich P. Schirch składa Gramo-dodatniość na karb istnienia u dwoinek otoczki, barwiącej się dodatnio podług Grama, gdy komórka gonokoka pozostaje zabarwioną gramo-ujemnie. Sprawa ta zresztą przedstawia się jeszcze bardzo niewyraźnie i wymaga wyjaśnienia i sprawdzenia.

W ten sposób i druga cecha dwoinek wiewiórowych ulega pewnym wahaniom i może wypadać niestale. Wartość jej praktyczna pozostaje względną.

Trzecią cechę gonokoka stanowi jego ułożenie. Dwoinka jako ziarenkowiec dwuosiowy (coccus diaxillaris) posiada typowe ułożenie czworniacze. W ustroju ludzkim nie zaznacza się to ułożenie charakterystycznie, występując przeważnie w postaci dwoinek, lecz w hodowlach, zwłaszcza w pierwszych pokoleniach obecność ułożenia czworniaczego (chociażby częściowego) stanowi jeden z rysów charakterystycznych gonokoka. W hodowlach dłuższy czas przechowywanych na podłożach sztucznych zanika niemal całkowicie typ ułożenia czworniaczy, gonokoki układają się bądź wyłącznie dwoinkami, bądź niekiedy gronkowcowo. Typowe pod innemi względami szczepy gonokoków wyjątkowo mogą występować od pierwszego pokolenia w ułożeniu łańcuszkowcowem. Stwierdzić więc należy, że typowe ułożenie czworniacze gonokoków też ma swoje zastrzeżenia.

Jeśli teraz zreasumujemy wyniki analizy krytycznej podstawowych punktów oparcia przy badaniu drobnowidowem gonokoka, to musimy stwierdzić, że rozpoznanie drobnowidowe łatwe jest wyłącznie w przypadkach typowego ułożenia się, typowych kształtów oraz prawidłowego barwienia się dwoinek sposobem Grama. O ile zaś zachodzą pewne odchylenia od typu ustalonego, należyta ocena i określenie natury tworów spostrzeganych wymaga specjalnej wprawy i wielkiej ogłędności przy wydaniu orzeczenia. Lecz nawet o ile uznamy miarodajność wyniku badania drobnowidowego w przypadkach o cechach typowych drobnoustroja, nie powinniśmy zapominać, że mikroflora cewki daje nam niekiedy postacie, odpowiadające drobnowidowo cechom gonokoka. Tylko dalsze systematyczne badanie, zwłaszcza hodowla, daje możność ustalenia natury drobnoustroju. Mogą pod tym względem wchodzić w rachubę microc. catarrhalis, oraz szereg postaci ziarenkowcowych (gronkowcowych). Te ostatnie postacie zwłaszcza należy mieć na widoku w przypadkach rzeżączki przewlekłej, kiedy w cewce poza gonokokiem stwierdza się drobnoustroje, pasorzytujące bądź stanowiace zakażenie wtórne.

O ile uwzględnimy wszystkie te okoliczności — przyjdziemy do wniosku, że tylko w ostrych przypadkach zakażenia rzeżączkowego, przy obfitych, charakterystycznych gonokokach, rozpoznanie drobnowidowe jest miarodajne i łatwe; w przypadkach zakażenia przewlekłego może być ono stosowane z uwzględnieniem poczynionych zastrzeżeń.

Badanie bakterjologiczne wydzielin w celu otrzymania hodowli gonokoka nie zawsze jest łatwe. Do otrzymania hodowli gonokokowych podawano niezliczoną ilość najrozmaitszych pożywek, jednakże w praktyce bakterjologicznej zastosowanie szersze znalazły agar z płynem puchlinowym (lub płynem z wodniaka jądra), oraz agar z krwią (w stosunku 1 cz. na 2—3 cz. agaru). Białko rodzime w rozmaitych odmianach stanowi część składową stałą tych pożywek. Jednakże wynik badań bakterjologicznych do ostatnich czasów nie jest zadowalający i daje się osiągnąć w nieznacznym stosunkowo odsetku (w materjale własnym nieco wyżej 30%). Na tak niepomyślny wynik składają się przyczyny rozmaite, w których szeregu, własności osobnicze szczepu, nie ulegające ujęciu ściślejszemu, odgrywają rolę niemałą. W celu uniknięcia czynników, oddziaływujących ujemnie, używać należy dla hodowania wyłącznie świeżo sporządzonych pożywek (nie ulegających wyschnięciu) o odczynie odpowiednim, oraz wykonywać szczepienie materjału bezpośrednio w pracowni bakterjologicznej z natychmiastowem umieszczeniem pożywki w cieplarce (bądź też zabezpieczaniem pożywki przenoszonej z innego miejsca do pracowni przed szkodliwem działaniem znacznych wahań ciepłoty otoczenia). Mocz otrzymany jałowo jako materjał do badania bakterjologicznego musi być szczepiony możliwie szybko po otrzymaniu, gdyż dwoinki wkrótce ulegają rozpuszczeniu.

W przypadkach o wyniku dodatnim typowy wzrost, cechy kolonji, oraz wynik badania drobnowidowego, z uwzględnieniem zastrzeżeń wyżej poczynionych, umożliwia stwierdzenie przyrody gonokokowej hodowli otrzymanej.

Jak wynika ze stanu obecnego metodyki hodowli gonokokowych, otrzymanie szczepu możliwe jest nie w każdym przypadku. Zwłaszcza znaczne trudności napotyka się w badaniu przypadków rzeżączki przewlekłej, utajonej.

Wobec trudności przy posiewach, winny wzbudzić zainteresowanie niedawno ogłoszone prace Giscard'a, omawiającego szczegółowo na podstawie doświadczenia własnego sprawę biologji gonokoka, hodowanie na podłożach, skład tych ostatnich, oraz osiągnięte wyjątkowo pomyślne wyniki. Według Giscard'a gonokok w pierwszem pokoleniu wymaga dwóch podstawowych części składowych pożywki: kwasów aminowych wolnych, oraz witamin. Kwasy aminowe stanowią substancję odżywczą, konieczną do utrzymania żywotności gonokoka, używa ich autor w postaci „pepton aminée", lub też peptonu pankreatycznego (specjalna marka); im więcej kwasów aminowych zawiera pepton, tem lepszy wzrost gonokoka dają pożywki. Pożywki zawierające kwasy aminowe zaspokajają całkowicie wymagania szczepów gonokokowych w pokoleniach późniejszych; pierwsze zaś pokolenia, zdaniem Giscard'a wymagają obecności witamin, podniecająco oddziaływujących na ich wzrost. W pożywkach swoich Giscard używa witaminy w. postaci odwłóknionej krwi ludzkiej umieszczonej na powierzchni agaru skośnego w próbówkach w ilości 5—8 kropel; aby powierzchnia agaru przesiąknęła witaminami probówkę pozostawia się w pozycji pochyłej w ciągu godziny. Materjał badany zasiewa się oczkiem platynowem rysami na powierzchni pożywki. W 100% przypadków rzeżączki ostrej oraz przewlekłej, przy obecności gonokoka na preparatach barwionych, według Giscard'a po 24—36 godz. występuje obfity wzrost gonokoka, niemal zawsze w czystej hodowli i nieznaczna ilość materjału wystarcza dla posiewu.

W próbie zastosowania metodyki Giscard'a stwierdziłem, że istotnie wynik dodatni można osiągnąć na jego pożywce ze znaczną łatwością (6 dodatnich na 8 badanych). Wzrost na pożywce zwykle dobry, zanieczyszczenia nie przeszkadzały otrzymaniu hodowli czystej.

Co do znaczenia wysuniętych przez Giscard'a czynników (kwasy aminowe, witaminy) poczynić winienem pewne zastrzeżenia. Stosując równolegle z agarem podług Giscard'a agar zwykły zwilżony krwią odwłóknioną otrzymałem wzrost gonokoka wcale zadowalający. Znaczenie krwi odwłóknionej chciałbym potraktować przedewszystkiem jako białko rodzime, nie zaś jako wyłącznie czynnik witaminowy. Próby zwilżenia powierzchni agaru innym czynnikiem witaminowym — sokiem cytrynowym zobojętnionym, dawały ledwo dostrzegalny wzrost gonokoka, którego żywotność szybko ulegała zanikowi. Istota roli krwi odwłóknionej w pożywkach Giscard'a pozostaje jeszcze do wyjaśnienia.

Jednem z najodpowiedzialniejszych i najtrudniejszych zadań, z jakiemi lekarz praktyczny ma do czynienia w zakresie chorób wenerycznych, jest powzięcie decyzji o wyleczeniu rzeżączki. Zwłaszcza wielką wagę posiada to orzeczenie w sprawie zezwolenia na zawarcie małżeństwa. Mamy już w chwili obecnej dość wiadomości z zakresu patologji rzeżączki, aby twierdzić, że postacie utajone, pozornie wyleczone, nie mogą być rozpoznane z pewnością na drodze badania klinicznego. Niekiedy lekarz praktyczny zwraca się o pomoc do bakterjologa. Dla bakterjologa jest to też jedna z czynności najbardziej odpowiedzialnych. Zdając sobie sprawę z braków istniejących dotąd w metodyce stwierdzenia obecności dwoinki wiewiórowej, wiedząc o trudnościach jakie napotyka niekiedy badanie drobnowidowe, bakterjolog, przed powzięciem ostatecznej decyzji o wyleczeniu, winien zastosować zabieg rozpoznawczy, wskazany obecnie w tym celu. Prace Guepin'a wykazały, że w znacznym bardzo odsetku rzeżączki utajonej, pozornie wyleczonej, można stwierdzić obecność gonokoka, o ile się podda badaniu bakterjologicznemu nasienie, gdyż właśnie w pęcherzykach nasiennych zachowują się one dłużej. Posiewy nasienia, zebranego na jałowej płytce Petri'ego wykonywa się na powierzchni pożywek ogólnie używanych przy hodowaniu gonokoków, po dodaniu do próbówki z pożywką skośną kilku kropel nasienia umieszcza się próbówkę tak, aby cienka warstwa nasienia pokrywała powierzchnię pożywki w ciągu 6—8 godzin. Dalsze hodowanie odbywa się w pozycji pionowej. Jeszcze lepsze wyniki, podług Giscard'a otrzymuje się na buljonie witaminowym. Duży materjał kliniczny podany przez szereg autorów (Barbellion, Maginger, Le Füz, Lebreton, Raucayrol i i.) stwierdza, że u znacznej części pozornie wyleczonych osobników wykrywa się gonokoka w hodowlach nasienia. Winniśmy więc stwierdzić, że metodyka bakterjologicznego badania w porównaniu z metodyką drobnowidową rokuje nam lepsze możliwości przy wyjaśnieniu istotnego stanu zakażenia rzeżączkowego. Metodykę posiewów nasienia uznać można za najdalej posuniętą kontrolę wyleczenia, jaką w chwili obecnej można osiągnąć. Tylko powtórne, systematyczne badania z zastosowaniem prowokacji upoważnić mogą do orzeczenia o wyleczeniu zakażenia

rzeżączkowego. Współpraca klinicysty i bakterjologa ułatwić może decyzję ostateczną w tej sprawie.

Piśmiennictwo:

1) Barbellion. Journ. de méd. de Paris. T. 41. N. 1, 1922. 2) Bröse. D. m. W. 1894. N. 16, 18. — 3) Bumm. Der Mikroorg. d. gonorrh. Schleimhautkrankh. Wiesb. 1885. — 4) Giscard. Journ. d. Urologie. T. XVII. N. 1. 1924. — 5) Herzog. Virch. Arch. B. 212, 1913. — 6) Krzyształowicz. Przegl. Lek. 1897. N. 43—45. — 7) Lebreton. Revue de méd. T. 39. N. 3. 1922. — 8) Ławrynowicz. Spostrzeżenia nad morfologją i biologją gonokoka. Prace komisji lekarskiej Poznańskiego Tow. Przyj. Nauk. T. II., zesz. IV. — 9) Ławrynowicz, Sirotinin, Korobkowa. Medyc. Dośw. i Społ. T. II. Zesz. 5—6. — 10) Markus. Wracz. Dieło. 1924. N. 10. — 11) Roucayrol. Journ. d' Urologie. T. XVII. N. 1. 1924. — 12) Paulo Schirch. Arch. brasil. de med. oct. 1923. (według refer. we Wracz. Gaz. 1925. Nr. 4.).

Oceny i sprawozdania.

Dr. H. Braeuning: **Die Ansteckung mit Tuberkulose und ihre Verhütung.** Lipsk. 1925.

Broszura ta o 95 stronicach jest 25-tym zeszytem bibljoteki, wydawanej przez prof. Lydję Rabinowitsch p. t. „Tuberkulose-Bibliothek". Autor, który jest dyrektorem miejskiego szpitala dla gruźliczych i lekarzem naczelnym opieki nad chorymi płucnymi w Szczecinie, podjął w tej pracy gruntownie zagadnienie zakaźności gruźlicy. Rozpatruje sprawę zakaźności wogóle, kto zakaża, kto zostaje zakażony i jaką drogą przechodzą drobnoustroje z ustroju chorego do zdrowego. W dalszym ciągu przechodzi sprawę praktycznego przeprowadzania ochrony w mieszkaniu chorego oraz poza mieszkaniem, i omawia sprawę wychowania higjenicznego, odosobnienia oraz wyniki zabiegów ochronnych. Przytem wygłasza autor liczne własne oryginalne poglądy, oparte na własnych badaniach. Tak n. p. w nowoczesnym sporze o zakaźności otwartej i zamkniętej gruźlicy przytacza własne spostrzeżenia i argumenty, dowodzące, że chorzy z zamkniętą gruźlicą nie są bardzo zakaźnymi dla otoczenia. Także otwarta gruźlica według badań autora, okazuje różne stopnie zakaźności, odpowiednio do tego, czy towarzyszą jej objawy nieżytowe, a w następstwie rozpylanie kropel. Dowodzenia poparte są licznemi cyframi i tablicami.

Naogół książka bardzo pożyteczna, wprowadzająca czytelnika gruntownie w całokształt zagadnień, związanych z walką z gruźlicą. Styl cokolwiek ciężki, ale sposób przedstawienia ścisły i rzeczowy.

Dr. Blassberg (Kraków).

K. Hintze: **Sexual und Fortpflanzungshygiene.** Lipsk. Kurt Kabitzsh. 1925.

Zagadnienia z zakresu higjeny płciowej ujął autor w sposób krótki i bardzo przystępny, zrozumiały nawet dla tych czytelników którzy nigdy nie zajmowali się powyższemi zagadnieniami. Zrozumiałem jest, że wiele fachowych i trudnych do zrozumienia zagadnień, zwłaszcza z dziedziny dociekań nad sprawą dziedziczenia, musiał autor celowo pominąć. W ten sposób jednak praca jego zyskuje na przejrzystości i zrozumiałości. Autor zajmuje się w pierwszych rozdziałach określeniem popędu płciowego, powstawaniem i prawidłowym jego rozwojem, jakoteż jego zboczeniami chorobowemi, omawia po krótce znaczenie chorób wenerycznych dla sprawy rozradzania się i dziedziczności, poczem w ostatnich trzech rozdziałach omawia tę ostatnią kwestję nieco obszerniej. Sposób ujęcia przedmiotu jasny i zrozumiały przyczynia się w znacznej mierze, że praca ta nie będzie tylko przypomnieniem powyższych zagadnień płciowych dla lekarzy ale i zrozumiałą dla ogółu pragnącego się zapoznać z zagadnieniami z teorji dziedziczności.

F. Walter (Kraków).

S. Jessner: **Diagnose und Therapie der Gonorrhoe beim Weibe.** Lipsk, Kurt Kabitzsh. 1925.

Jessnera krótkie podręczniki z dziedziny nauki o chorobach skórnych i wenerycznych cieszą się w gronie lekarzy praktyków ustaloną opinią. Po raz pierwszy omawiany przez autora temat o wiewiórze u kobiet, cechują te same zalety jak i poprzednie przez niego omawiane tematy. Po zwięzłem i jasnem przedstawieniu objawów chorobowych wiewióra u kobiet, omówiwszy dokładnie możliwe powikłania w sposób krótki i przejrzysty, poświęca autor drugą połowę swej monografji opisom sposobów leczenia, podając wypróbowane, praktyczne metody. Jedynie wiewiórowi u małych dziewcząt poświęca stosunkowo mało miejsca. Powyższa monografja napisana przez doświadczonego dermatologa odda niewątpliwie doskonałe usługi w zorjentowaniu się w tym tak trudnym do leczenia dziale chorób wenerycznych, zwłaszcza, że temat ten w podręcznikach chorób wenerycznych, prawie zawsze traktowany jest pobieżnie, a większe monografje pisane są przez ginekologów.

F. Walter (Kraków).

A. Clerc. **Les arythmies en clinique** Tom I. Str. 403. Figur 205. Wyd. Masson et C-cie. Paryż 1925.

Dzięki metodom graficznym, które tak rozlegle zastosowano do analizy przypadków schorzeń serca, widzimy w tym dziale medycyny ogromny postęp w ostatnich latach przy ocenie klinicznej dotyczących przypadków. Szczegółowe badanie graficzne pozwoliło nam przedewszystkiem dokładnie umiejscowić zaburzenia w poszczególnych odcinkach serca i wykazać zmiany we funkcji mięśnia sercowego w każdym przypadku klinicznym, zmiany które decydują o ostatecznym wyniku schorzenia. Może najwięcej zaś metody graficzne przyczyniły się do rozjaśnienia genezy objawu najciekawszego w całej kardjologji, to jest niemiarowości (arytmji) serca. Metody te dały nam możność naukowego podziału arytmji i pozwoliły ocenić znaczenie jej dla kliniki chorób serca tak, że arytmja serca nie jest już dziś dla nas zagadką morfologiczną, jak to było przed laty.

Książka A. Clerc'a, ucznia Vaquez'a we Francji, oparta głównie na własnych badaniach graficznych autora, daje nam jasny pogląd na dzisiejszy poziom wiedzy o rozmaitych postaciach, niemiarowości serca, omawiając równocześnie znaczenie kliniczne tych zaburzeń i dając ogólne wskazówki lecznicze, dotyczące tego objawu.

Po wstępnych zwięzłych uwagach anatomicznych i fizjologicznych tematu autor omawia szczegółowo przedewszystkiem nowe metody graficzne i zwraca baczną uwagę zwłaszcza na badanie elektrokardjograficzne, które jak wiemy, jest dziś aparatem nieodzownym dla każdego kardjologa. Bez elektrokardjografu lokalizacja procesu w mięśniu sercowym i ocena jego znaczenia klinicznego jest wprost niemożliwa. Dla objaśnienia dalszych wywodów klinicznych Clerc przytacza w pracy liczne krzywe, przeważnie czerpane z własnych spostrzeżeń, popierające w łatwy sposób analizę autora. Bez nich zrozumienie wywodów metody jest niemożliwe. Bez badań graficznych jakże aproksymatywnym wydaje się każdy sąd w przypadku schorzeń serca, tego uczy nas książeczka Clerc'a. W części szczegółowej autor omawia poszczególne postacie kliniczne niemiarowości serca, więc: niemiarowość zatokową; skurcze dodatkowe; zaburzenia przewodnictwa wśród mięśnia sercowego; zwolnienie i przyśpieszenie akcji serca; falowanie przedsionków; niemiarowość zupełną; drżenie komór serca; naprzemienność skurczów serca i niemiarowość złożoną, nie dającą się często szczegółowo zanalizować. Temat więc zamierzony wyczerpuje zupełnie.

Treść ułożona logicznie, sposób dowodzenia jasny to wszystko, co książkę czyni wartościową i tak konieczną dla każdego lekarza lub ucznia, dążącego do opanowania najnowszych zdobyczy w tym dziale chorób wewnętrznych. Z tych względów monografję Clerc'a możemy polecić każdemu, który zajmuje się tym działem; ale także przyda się ona i praktycznemu lekarzowi. Znajdzie on tam drogowskaz przy osądzie przypadków niejasnych, z któremi spotkać się może może tak często w klinice, czy w życiu praktycznem.

M. Franke (Lwów).

Przegląd piśmiennictwa.

Wiener Archiv für Innere Medizin.

T. IX. Zeszyt 2. 1924. r.

B e r g e r i U n t e r s t e i n e r. **Wpływ ostrych zakażeń na ciała białkowate zawarte w surowicy. Badania przy leczeniu porażenia postępującego zimnicą.** Leczenie porażenia postępującego zimnicą stwarza warunki dozwolonego eksperymentu na człowieku dla zbadania przebiegu i mechanizmu ostrego zakażenia. Punkt wyjścia dla badań stanowi czas przed zakażeniem, potem można dokładnie ustalić czas wystąpienia pierwszych zmian i badać w okresie wylęgania choroby oraz śledzić stan tych chorych długo po ustaniu zakażenia. Autorowie przedstawiają bardzo szczegółowo swe wyniki badań przeprowadzane na czterech chorych i dochodzą do następujących wniosków: W okresie wylęgania, bezpośrednio po zastrzyku, występuje hipoproteinemja t. j. zmniejszenie się koncentracji całego białka, zawartego w surowicy oraz względne zwiększenie się globulin z powodu zakażającego zastrzyknięcia obcej krwi. W okresie gorączki z początku brak wpływu, ale ku końcowi gorączki występuje zakaźna hipoproteinemja t. j. ogólna ilość białka z 8—9% spada na 5% oraz względne zwiększenie się globuliny, które z normalnego procentu 20—35, maksymalnie 40% potęguje się na 47—55%. W okresie zdrowienia spadek białka utrzymuje się przez 1—10 dni po ustaniu gorączki.

* * *

U w a g a r e f e r e n t a: W Polsce analogiczne badania w suchotach płucnych przeprowadził U r y s o n na oddziele Dra S. S t e r l i n g a w Łodzi.

Zeszyt 3.

D. M a r k o. **Studjum kliniczno-roentgenologiczne nad przykręgowym trójkątem stłumienia Koranyi'ego-Rauchfussa.** Objaw K o r a n y'i e g o - R a u c h f u s s a polega na tem, że przy wysiękowem zapaleniu opłucnej i przy rozległych masywnych naciekach powstaje po stronie zdrowej przy kręgosłupie stłumienie o kształcie trójkąta, którego podstawa przechodzi w stłumienie wątroby i nerki, linja środkowa leży na wyrostkach ościstych kręgów i przechodzi w stłumienie wysięku, a zewnętrzna skośna granica jest zmienna. Stłumienie potęguje się od zewnątrz ku kręgosłupowi i przeponie. Wysokość i podstawa tego trójkąta bywają zmienne. Zdania co do przyczyny powstawania tego trójkąta są podzielone. Jedni dopatrują się przyczyny w przemieszczeniu śródpiersia, inni uważają ten trójkąt za przejaw czysto akustyczny.

Autor badał ten objaw na 27 przypadkach, śledząc roentgenologicznie za przemieszczeniem śródpiersia, przyczem zwracał szczególną uwagę na kontrastowy obraz przełyku, na kształt, położenie i wielkość trójkąta, oraz stłumienie, pochodzące od wysięku i na jego obraz roentgenologiczny. Dochodzi on do przekonania, że płyn wysiękowy lub bardzo rozległy masywny naciek, przez to, że ku dołowi się zagęszcza i silnie przylega do kręgosłupa, wywołuje i potęguje to stłumienie. Dlatego też trótkąt ten napotykamy tylko w tych przypadkach, gdy chodzi o bardzo masywne i szeroko do kręgosłupa przylegające nacieki jak n. p. przy zapaleniu płuc i przy ropniach. Zdaniem jego chodzi tu tylko o objaw czysto akustyczny, tak jak to pierwotnie twierdził K o r a n y i a nie o przemieszczenie śródpiersia.

L e m e š i ć. **Wpływ różnych gatunków białek na skład soku dwunastniczego.** Autor prowadził w klinice wewnętrznej Uniwersytetu w Belgradzie badania nad wpływem białka mlecznego, roślinnego i mięsnego na skład ludzkiego soku dwunastniczego, — zapoczątkowane przez prof. I g n a t o w s k i e g o. Doszedł do wyników następujących:

1. Wartości kwasowe w dwunastnicy są przy doprowadzaniu mięsa znacznie wyższe niż przy białku mlecznem i roślinnem — a naogół w znacznym stopniu zależą od stanu kwasoty żołądka.

2. Siła fermentacyjna soku dwunastniczego bywa najwyższą i najdłużej utrzymuje się przy mięsie. Jest ona mniejszą i trwa krócej przy białku roślinnem, ale bywa przytem zawsze wyższą jak przy węglowodanach, tłuszczach i mleku. Obraz niższej proteolitycznej wartości tłuszczu aniżeli białka pozostaje w przeciwieństwie do badań szkoły P a w ł o w a, która właśnie podkreśla silne działanie drażniące tłuszczów na fermenty trzustki.

3. U niedożywionych chorych z wrzodem dwunastnicy podawanie przetworów białkowych roślinnych i mlecznych, specjalnie z obfitym dodatkiem masła, jest pożądane.

L o r a n t. **Insulina a przybytek wagi ciała.** Przy leczeniu insuliną występuje bardzo szybko przybytek wagi ciała. Sądzono, że polega on na czystej retencji wody, gdyż zatem przemawiała szybkość przybytku wagi ciała i pojawianie się obrzęków w niektórych przypadkach z początku leczenia. Badania autora, wykonane w pragskiej klinice prof. S c h m i d t a, obalają to przypuszczenie. U dwóch chorych, leczonych insuliną, badał on codziennie bilans przemiany materji i oznaczał wagę ciała. Z badań tych wynika, że zatrzymanie wody jest czynnikiem równorzędnym z innemi przejawami przemiany materji. Krzywa bilansu wody jest równoległą do krzywej bilansu azotu i soli, aczkolwiek nie idzie równomiernie. Nasuwa się przypuszczenie, że istnieje przyczynowy związek tej równoległości poszczególnych krzywych bilansowych.

T. X. Zeszyt 1. 1925 r.

W o r o n o f f i R i s k i n: **O leukocytozie u prawidłowych ludzi i psów.** Od czasu klasycznych badań M i e c z n i k o w a istnieją nader liczne badania nad leukocytozą, a mimo to są sprzeczne zdania co do leukocytozy trawiennej, co do ilości leukocytów w 1 mm^3 krwi i co do wahań liczby leukocytów podczas całego szeregu godzin. Badania tego rodzaju, zapoczątkowane przez Dra K o b r i n e r a w klinice dońskiej prof. Z a w a d z k i e g o, autorowie kontynuowali po tegoż przeniesieniu się do Warszawy. Liczenie uskuteczniano równocześnie w dwóch pipetkach, pobranych z opuszki palca u normalnego człowieka a nadto u psów. Badania rozpoczynano o 7-mej godzinie i uskuteczniano je co godzinę przez 25—26 godzin. Podczas tego badany leżał już od poprzedzającego wieczora spokojnie w łóżku i nie pobierał żadnych pokarmów ani płynów. Wyniki nakreślali w krzywych, w których pozioma była podzielona na 25 części, odpowiadających 25-ciu godzinom doświadczenia, a pionowa na 8 części, z których każda odpowiadała jednej tysiączce leukocytów. Tą drogą otrzymali krzywe leukocytów o wahaniach, obracających się w amplitudzie 90 do 150%. Wszystkie krzywe leukocytozy miały falisty przebieg, przyczem liczba wzniesień okazała się ściśle indywidualną. Na podstawie swych badań przeczą oni istnieniu leukocytozy trawiennej u dorosłego człowieka w tym sensie, jakoby ona była w bezpośrednim związku przyczynowym z wchłanianiem ciał pokarmowych lub soków trawiennych. Natomiast przyjmują, że u dzieci i młodych zwierząt powstaje taka leukocytoza trawienna, która przechodzi potem w leukocytozę nawykową. Zwyczaj jedzenia o pewnej porze wywołuje także podczas głodzenia znaczne wzmożenia liczby leukocytów w pewnych porach, zbliżonych do zwyczajnego przyjmowania pokarmów. Są to nawykowe wzmożenia leukocytów. Oprócz tych nawykowych wzmożeń istnieją też odruchowe wzmożenia, zależne od różnych zewnętrznych podrażnień, związanych ze sprawą karmienia. Tak zwana leukocytoza trawienna nie jest zjawiskiem stałem i nie jest związaną bezwarunkowo z wchłanianiem produktów trawiennych i wydzielniczych, lecz jest ona raczej odczynem warunkowym, a doświadczenia autorów dowodzą olbrzymiego znaczenia przyzwyczajenia dla ustroju.

Blassberg (Kraków).

Zeitschrift für die gesamte experimentelle Medizin.

Tom 43. Zeszyt 5/6.

I s t v a n v. G ö u c z y. Budapeszt. **Oddechanie jako wskaźnik zdolności funkcjonalnej serca.** Wszystkie funkcjonalne metody mające na celu badanie siły serca polegają ogólnie na zasadzie, że obciążamy serce stałą znaną pracą i badamy, czy po wykonaniu tej pracy wystąpią objawy wskazujące na utajoną niedomogę serca.

Próby te, powinny być nieskomplikowane — zupełnie proste.

Jedną z takich prób — teoretycznie uzasadnioną — a prostą do wykonania — podał autor. Przez kilka dni oznacza się w pozycji leżącej czas, przez który chory może wstrzymać oddech, poczem poleca się choremu przejść przez salę długości 11 metrów tam i z powrotem z szybkością mniej więcej taką, by droga nie trwała dłużej niż 30—32 sekund. Po wykonaniu tej pracy chory wzgl. badany wykonuje głęboki wdech — poczem wydech i na szczycie wydechu zatrzymuje oddech. Czas zatrzymania oddechu oznacza się w sekundach. Na podstawie badań przeprowadzonych na 96 osobnikach okazało się, że zdrowy człowiek może wstrzymać oddech w pozycji leżącej przeciętnie 22—25 sek., po wykonaniu zaś powyższej pracy w pozycji stojącej 15—18 sek. Próbę określa autor jako dodatnią, o ile badany może wstrzymać oddech po wykonaniu pracy w pozycji stojącej 12 sek. względnie mniej.

Punktem wyjścia w tej próbie jest wydech, bo wówczas wyłączone zostają bodźce drogą nerwu błędnego zdążające do ośrodka oddechowego. Czas zatem potrzebny, by pobudliwość ośrodka oddechowego uzyskała stopień nasilenia potrzebny do wywołania u chorego wdechu — zależny będzie od silnej woli chorego i od szybkości gromadzenia się gazów we krwi i to w stosunku odwrotnie proporcjonalnym do ostatniej. Im wolniejsze jest krążenie — tem szybciej pobudliwość ośrodka oddechowego osiągnie ten stopień nasilenia, w którym wdech musi ustąpić wbrew woli chorego. Czas zatem zatrzymania oddechu zależny będzie od szybkości krążenia — a dodatni wynik próby może wskazywać na stan utajonej niedomogi serca,

Trzeba jednak pamiętać, że można dodatni wynik próby otrzymać także w przypadkach ciężkiej blednicy, i w chorobach płuc.

A. P. Winogradov — Odessa. **Wpływ niektórych leków na wydzielanie żółci.** Autor zakładał psom trwałą przetokę woreczka żółciowego. Po upływie 1-go miesiąca, gdy zwierzę już odpoczęło i zaczęło przybierać na wadze — autor przystępował do drugiej części doświadczenia. Podawał badany lek — zbierał żółć z 24 godz. przy pewnej określonej diecie i badał ją jakościowo i ilościowo. Otóż autor przekonał się, że:

1, salol przy dawce dziennej 0·9—1·8 nie wpływa zupełnie na wydzielanie żółci, natomiast przy dawce dziennej 3,0—4,5, wywołuje znaczne zwiększenie ogólnej ilości żółci, nadto powoduje znaczne dość rozcieńczenie przy równoczesnem zmniejszeniu się procentowem składników stałych. Działanie salolu w ten sposób t. zn. w dużych dawkach podawanego, trwa jeszcze kilka dni po odstawieniu tegoż leku.

2. Podobnie działają salipyryna i fenacytyna.

3. Antipyryna działa też tylko w dużych dawkach przyczem zwiększa ilość żółci i składników stałych, przez co żółć staje się gęstszą,

4. nie wpływają zupełnie na wydzielanie żółci piramidon, lactofenina — *cascara sagrada.*

Weicksel i Gebhardt — Lipsk. **Usunięcie śledziony a regeneracja u psa.** Psy użyte do doświadczeń były tej samej wagi i tej samej mniej więcej wielkości.

W I-szej części pracy autorowie wykonywali splenektomję i bezpośrednio przeprowadzali badania krwi,

U wszystkich psów bezpośrednio po operacji stwierdzili nieznaczną oligocytemję 1—2 dni trwającą — którą odnoszą do utraty krwi podczas operacji. Po 2 dniach już ilość erytrocytów wracała do stanu przed operacją — nigdy nie zjawiała się policytemja — równocześnio zjawiały się normoblasty i erytrocyty Yolly'ego. Pierwsze znikały w ciągu 8 dni — drugie utrzymywały się dłuższy czas. Dalej obserwowano zmniejszenie się ilości Hb i ta doświadczalnie wywołana anemja wraz z polichromatofilnemi komórkami również utrzymywała się do 2 miesięcy. Ilość leukocytów stale wzrastała do 4—5 dnia — z chwilą spadku leukocytozy do wartości przedoperacyjnej zjawiała się nieznaczna limfocytoza. Ilość płytek już w 28-m dniu po operacji wzrastała najwyżej o 20% — ale również przejściowo.

Zbierając te obserwacje — autorowie twierdzą, że już po 4—6 tyg. od operacji, obraz krwi wracał zupełnie do normy, prócz utrzymującej się jeszcze pewien czas nieznacznej anemji z polichromazją i erytrocytami Yolly'ego.

W II-giej części swych doświadczeń autorowie badali wpływ śledziony na przemianę gazową. Używali zwierząt zdrowych z utrzymaną śledzioną i bez śledziony — i nie zauważyli żadnej różnicy — żadnego wpływu śledziony na przemianę gazową.

W III-ciej wreszcie części zabijali zwierzęta będące 1 mies., 2 mies. — ½ r. — 1 r. — 2 l. po splenektomji. Nie zauważyli żadnych zmian makro- i mikroskopowych w gruczołach limf. i organach wewn. Jedynie u niektórych psów zauważyli nieznaczne zwiększenie się ilościowe komórek Browna-Kuppfera.

Brak wybitniejszych zmian po usunięciu śledziony tłumaczą autorowie tem, że śledziona jest tylko ogniwem w układzie siateczkowo-śródbłonkowym, który zaraz obejmuje funkcje zastępcze po usunięciu śledziony — nie ulegając wybitniejszym zmianom histologicznym wzgl. chemicznym.

Czapnicki (Kraków).

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Towarzystwo lekarskie Częstochowskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 21. lutego 1925 r.

Przewodniczy: kol. Rożkowski.

1. Kol. Bram wygłosił pracę: **„Diatermja i zastosowanie jej w lecznictwie".**

Po omówieniu podstawowych zasad elektryczności, prądu Tesli i prawa Nernsta (drażniące działanie elektryczności w ustroju ludzkim jest proporcjonalne do natężenia prądu i odwrotnie proporcjonalne do pierwiastka z liczby częstotliwości) — mówca określa diatermję, jako zabieg, polegający na wprowadzeniu wgłąb ustroju ciepła, wytworzonego prądem o dużej częstotliwości, względnie niskiem napięciu o dużem natężeniu. Brak skutku drażniącego przy prądzie o takiem natężeniu tłumaczy się tem, że prąd ten nie wywołuje elektrolizy, równocześnie jednak wytwarza intenzywnie ciepło, podlegające prawu Joule'a. Głównym czynnikiem, przeciwdziałającym nadmiernemu ogrzewaniu tkanki, jest krwiobieg.

Mówca przechodzi następnie do strony technicznej i podkreśla, że osobnicze uczucie człowieka jest najlepszym sposobem dawkowania ciepła.

Działanie diatermji dzieli się na 3 części: działanie na nerwy czuciowe, nerwy ruchowe względnie mięśnie i naczynia krwionośne, czyli 1) uspokajające i uśmierzające ból, 2) zmniejszające napięcie, rozkurczowe i 3) wywołujące przekrwienie, pobudzające przemianę materji i ułatwiające wchłanianie. Wychodząc z tych założeń, mówca uważa za wskazane stosowanie diatermji w następujących przypadkach: neuralgia brachialis et ischjadica, angina pectoris. dyspragia intestinalis, intermittens, myalgja lumbalis, cardio-pyloro et enterospasmus, arthritis chronica, osteo-arthritis deformans et arthritis chronica progressiva. Ze schorzeń płuc zaleca się stosowanie diatermji w poniższych sprawach: bronchitis chronica, asthma bronchiale, pleuritis exsudativa et fibrinosa. Bardzo wdzięczną dziedzinę dla diatermji stanowią niektóre choroby ginekologiczne, n. p. przewlekłe i podostre zapalenia macicy i jej przydatków oraz brak miesiączki. Poza tem diatermja jest wskazana przy arteriosclerosis, dysbasia angio-sclerotica, gangrena arteriosclerotica, endarteritis obliterans et angio-neurosis. Diatermja jako elektrokoagulacja znalazła duże zastosowanie w chirurgji, rhino- i laryngologji, jak również w urologji. Po omówieniu sposobów chirurgicznej diatermji mówca zaleca szerokie stosowanie diatermji, której istotą jest ciepło — najelementarniejsza i najogólniejsza postać energji życiowej (streszczenie własne).

W dyskusji przemawiali koledzy: Stawnicki, Batawia, St. Kon, Konar i mówca. Kol. Stawnicki zaleca stosowanie diatermji w leczeniu rzeżączki u kobiet wobec niezadowalających wyników innych sposobów leczenia. Kol. St. Kon zaleca w tej sprawie ogledność, ponieważ w swojej praktyce nie otrzymał dobrego wyniku od tej metody. Kol. Batawia zaznaczył różnicę w pojmowaniu tej metody przez niemców i francuzów; ci ostatni biorą rzecz szerzej; oprócz działania ciepła uznają działanie mechaniczne prądu (étincellagé); obok dużego natężenia prądu może być i duże napięcie, stąd różnica aparatów niemieckich i francuskich. Zdaniem kol. Konara do spraw skutecznie leczonych przez diatermię należy tak zw. pseudo-appendicitis oraz sprawy narządów trawiennych, powstałe na tle zaburzeń nerwowych, natomiast wrzód żołądka nie nadaje się do tej metody.

W odpowiedzi mówca zaznacza, iż ostra rzeżączka nie nadaje się do leczenia diatermją, w przypadkach zaś przewlekłych zapaleń przymacicza wyniki są bardzo dobre.

Posiedzenie naukowe w dniu 21. marca 1925 r.

Przewodniczy: kol. Rożkowski.

1. Kol. Koniecpolski pokazał dziecko 18-letnie z **objawami nietypowej hypothyreozy:** ślady obrzęku śluzowego, brak inteligencji (je gorycze, bierze do ust przedmioty gorące i t. p.); po leczeniu thyreoidyną dziecko chodzi, rozwój fizyczny dość dobry.

2. Kol. Bram a) pokazał **chorą na raka sutka:** przed 3. **laty wykonana była operacja** odjęcia sutka, z następnem naświetlaniem — pomimo to nawrót; operowano powtórnie — znowuż nawrót i stan chorej nie pozwalał na operację (liczne guzy nowotworowe). Od pół roku chora leczy się szczepionką anti rakową (novantimeristen Schmid'a) z wynikiem bardzo pomyślnym: dawne guzy znikają, nowych niema, waga ciała przybyła; b) przemawia w sprawie poczynienia pierwszych kroków w walce z rakiem na prowincji; przewodniczący popiera projekt powołania miejscowego Komitetu do walki z rakiem. Powołani zostali do Komitetu koledzy: Wrześniowski, Koniecpolski, Bram i St. Kon.

3. Kol. Wrześniowski pokazał chorą w kilkanaście dni po operacji z powodu **gastro-enteroptozy**, wyjaśniając na naszkicowanym rysunku momenty szkodliwe u takich chorych: 1. trudność opróżniania się żołądka i 2. zaleganie kału w nisko opadającej poprzecznicy. Wykonano dwie operacje (dwa cięcia powłok brzusznych): żołądek podniesiono i umocowano za pomocą szwów materacowych, kiszkę cienką (ileum) wszyto do esicy. Stan chorej odrazu się poprawił.

4. Kol. Łokczewski omówił przebieg (typowy) spostrzeganej **ciąży zaśniadowej i porodu** u 42-letniej wieloródki (9-ta ciąża), leczonej poprzednio z powodu niedomogi mięśnia serca (obrzęki); macica w 4 miesiącu ciąży wielkości 6 miesięcznej; przy porodzie cały zaśniad graniasty wyłonił się samoistnie, większego krwawienia nie było. Pokaz zaśniadu i omówienie powstawania i znaczenia zaśniadu groniastego.

W dyskusji przemawiali koledzy: St. Kon, Goldman i Grünwaldówna, kol. St. Kon, zgadzając się na postępowanie zachowawcze przy porodzie zaśniadowym, zaleca wyskrobanie macicy oględnie wobec braku pewności, czy nie pozostały w macicy resztki zaśniadu, i obawy nowotworu złośliwego w następstwie. Tegoż zdania jest kol. Goldman, zalecając nadto wczesne usunięcie czynne zaśniadu tam, gdzie stwierdzono obecność gron, Koleżanka Grünwaldówna zwraca uwagę na niebezpieczeństwo skrobania macicy w podobnych przypadkach, zaleca postępowanie konserwatywne.

5. Kol. Goldman wygłosił odczyt: **„O zaburzeniach w miesiączkowaniu i ich leczeniu“.**

Poglądy ostatnich lat co do wpływu wydzielania wewnętrznego jajników na miesiączkowanie zmieniły się i obecnie wiemy, że jajniki dają tylko pobudkę śluzówce macicznej do zmiany przedmiesiączkowej. Samo zaś krwawienie wraz z resztą objawów klinicznych miesiączki występuje już niezależnie od wpływu jajników i jest zależne od szeregu czynników natury konstytucyjnej, od innych gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, jak tarczycy, nadnerczy, przysadki mózgowej, grasicy, od układu nerwowego ośrodkowego, wegetatywnego i współczulnego. Te ostatnie zaś czynniki podlegają znów wpływom hormonów jajnikowych, mamy więc przed sobą koło zależności wzajemnych. Według ostatnich badań na wydzielanie wewn. jajników składają się: po 1. ciałko żółte miesiączkowe i ciążowe; Seitzowi udało się wyeliminować z ciałka żółtego dwie antagonistycznie działające substancje: luteolipoid i lipaminę, z których pierwsza działa hamująco, druga zaś pobudzająco na krwawienie maciczne. Drugim tworem wydzielania wewn. jajników jest gruczoł śródmiąższowy (glandula interstitialis), który się rozwija głównie w drugiej połowie ciąży i u małych dzieci — to zn. wtedy, kiedy niema ciałka żółtego. 3-im czynnikiem wydzielania wewn. jajników jest zanik pęcherzyków pierwotnych i wyrosłych, który zaczyna się już w życiu płodowem.

Istnienie zaburzeń czynnościowych w miesiączkowaniu jest obecnie bezsporne. Bardzo często jeden typ zaburzeń przechodzi w drugi. Aby znaleść źródło tych zaburzeń czynnościowych, należy sprawdzić czynność jajników, następnie innych gruczołów o wydzielaniu wewn. układu nerwowego autonomicznego i współczulnego, jakość krwi i t. d.

Działalność jajników sprawdzamy badaniem ogólnej konstytucji chorej. A więc: krótki tułów, długie kończyny, niedorozwój narządów płciowych, niedostatecznie wykształcone 2- i 3-rzędne cechy płciowe przemawiają za zmniejszoną czynnością jajników. Oznakami wzmożonej czynności hormonów jajnikowych są: wczesne zjawienie się i późne zniknięcie miesiączki, wybitnie wyrażone cechy płciowe, a wszczególności duża macica. Przy rozpoznawaniu przyczyn zaburzeń czynnościowych w miesiączkowaniu należy również zwrócić uwagę na sprawność wydzielniczą innych gruczołów: tarczycy, przysadki mózgowej, nadnerczy, grasicy, na chemizm ustroju, stan jakościowy krwi i krzepliwość, na oba układy nerwowe. W większości przypadków zaburzenia te występują równocześnie z zmianami w układzie nerwowym (zaburzenia naczynio-ruchowe, neurastenia, histeria) lub razem z nieprawidłową konstytucją ustroju (dziecięcość, heteroseksualne typy, asthenia universalis, status thymicolymphaticus), z zaburzeniami w wydzielaniu wewn. równie często widzimy równocześnie zmiany w chemizmie ustroju (zaburzenia przemiany materji, otyłość, toksykozy), w składzie krwi (blednica, niedokrewność, zmiany krzepliwości).

Na powyższych podstawach ogólnych oparte jest zwalczanie zaburzeń czynnościowych w miesiączkowaniu, stosowaniem odpowiednich wyciągów z narządów o wydzielaniu wewn. stosuje się serjami zastrzyknięć glauduovin, glanduitrin, stosuje się wyciągi z ciałek żółtych, jak ago-systomensinę „Ciba“ opozones Lumière-corps jaune ovaire, extr. corp. lut., lutelipoid Richtera.

Nieraz osiągano dobry skutek energją świetlną lub też zastrzykiwaniem skoncentrowanego płynu Ringera przy dysmenopoly- i hypermenorrhoe; prawdopodobnie płyn Ringera wywołuje rozpad płytek, wzmaga krzepliwość krwi i zmniejsza nadmierne krwawienie.

Dyskusję odłożono do następnego posiedzenia.

Posiedzenie naukowe w dniu 25 kwietnia 1925.

Przewodniczy: kol. Rożkowski.

1. **W dyskusji** nad odczytem kol. Goldmana: **„O zaburzeniach w miesiączkowaniu i ich leczeniu“** przemawiali koledzy: St. Kon, Łokczewski, Koniecpolski, Rożkowski i Edward Kon.

Zdaniem kol. St. Kona nie można klasyfikować wszystkich krwawień miesiączkowych wyłącznie z punktu widzenia teorji hormonów, jak to uczynił mówca; krwawienia, naprzykł., w okresie przekwitania powstają na tle sklerozy naczyń; uwzględnić należy tło, na jakiem powstają krwawienia, a więc zaburzenia tętnicze, żylne i kapilarne.

Kol. Łokczewski zaznacza trudności w stosowaniu praktycznem nowych poglądów.

Kol. Rożkowski wskazuje poza teorją hormonów na inne czynniki, mające wpływ na omawianą sprawę, są to: wpływy psychiczne, stanu krwi oraz ogólnej konstytucji ustroju.

Kol. Edward Kon zna przypadek, gdzie przy stałym braku miesiączki kobieta zachodziła w ciążę — stosunek więc owulacji do menstruacji nie jest dostatecznie wyjaśniony.

W odpowiedzi mówca zgadza się, że istotnie nie podobna usystematyzować z jednego punktu widzenia wszystkich zaburzeń w miesiączkowaniu; sprawa jest skomplikowana wpływem innych gruczołów o wydzielaniu wewn., wpływem układów nerwowych i stanów podświadomych (Freund).

2. Kol. Stefan Kon pokazał **łożysko o postaci pierścienia**, otrzymane przy porodzie czesnym i samoistnym. Preparat został przesłany do kliniki położniczej Uniwersytetu Jagiellońskiego. Przypadek będzie ogłoszony w „Ginekologji Polskiej“.

3. Kol. Koniecpolski odczytał pracę: **„czynnik rasowy w ostrych chorobach zakaźnych w świetle statystyki Miejskiego szpitala dla zakaźnych w Częstochowie.**

Mówca podał opracowaną szczegółowo statystykę szpitalną za lata 1915—1919 oraz 1921—1923 zachorzeń na dur brzuszny, dur osutkowe i płonicę, notując osobno chrześcian i żydów, mężczyzn i kobiety. Stwierdzoną mniejszą śmiertelność w chorobach zakaźnych wśród ludności semickiej tłumaczy mówca pewną konstytucją rasową, przekazywaną dziedzicznie (tak zw. prawa Mendla), Konstytucja ta ma bezpośredni związek z gruczołami o wydzielaniu wewnętrznem; obejmuje więc zespół właściwości ustroju, wyrażający tę lub inną korelację gruczołów. Wnioski mówcy brzmią:

1. Statystyczne dane Miejskiego Szpitala dla zakaźnych w Częstochowie stwierdzają, że ludność aryjska choruje częściej na dur osutkowy, dur brzuszny i płonicę, aniżeli ludność semicka.

2. Śmiertelność w tych chorobach wśród kobiet jest niższa.

3. % śmiertelności w chorobach zakaźnych, w szczególności w durze osutkowym, jest wśród ludności semickiej znacznie wyższą.

4. Ten lub inny wynik w przebiegu choroby zakaźnej jest uzależniony od szeregu czynników takich, jak cechy konstytucyjne (dziedziczność, wiek i t. d.).

5. Konstytucja rasowa ma bezwzględny wpływ na pewną odporność żydów w przebiegu chorób zakaźnych.

W dyskusji przemawiali koledzy: Szaniawski, Wasilewski, Rożkowski i mówca.

Kol. Szaniawski zwraca uwagę, iż mniejszy % dzieci semickich choruje na choroby przemiany materji; pomimo odporności wrodzonej dzieci już po 3 miesiącach życia są skłonne do chorób zakaźnych.

Kol. Wasilewski zauważył, że pomimo, iż dzieci semickie często mają objawy skrofuliczne, gruźlicę wśród nich widujemy daleko rzadziej.

Kol. Rożkowski sądzi, że dla wnioskowania ścisłego w omawianej kwestji odporności rasowej nie wystarcza sama statystyka szpitalna, obejmująca liczby przypadków zachorzeń: niezbędnem jest obliczenie % chorób i śmiertelności w stosunku do całej ludności miasta; odmienna odporność rasowa nie ulega wątpliwości; inaczej przebiega gruźlica u ludności semickiej (sprawa zbadana już przez Dr. Biegańskiego), u semitów zaznaczyć należy skłonność do spraw włóknistych, korzystną w walce z gruźlicą, natomiast wrażliwość układu wegetatywnego.

Sekretarz: *K. Łokczewski.*

Sprawy zawodowe.

Lwowska Izba lekarska.

Posiedzenie Zarządu w dniu 17. czerwca 1925.

Doszło do wiadomości Zarządu, że przy Izbie Rękodzielniczej we Lwowie ma powstać Kasa mistrzów. Po przeprowadzeniu dyskusji postanowiono odnieść się do Izby Rękodzielniczej o wyjaśnienie, na jakim przepisie ustawowym ma się opierać Kasa mistrzów i czy ubezpieczenie w niej ma być przymusowe; nadto umieści się w P. Gazecie Lekarskiej ostrzeżenie dla Kolegów, aby nie wchodzili w układy z Izbą Rękodzielniczą w sprawie Kasy mistrzów, dopóki Izba Lekarska nie ogłosi swojego postanowienia.

Następnie powzięto uchwałę co do mieszkania w domu Izby, które w bezpośredniem sąsiedztwie lokalu Izby ma się opróżnić.

Sprawę firmowania zakładu technika dentystycznego przez jednego z członków Izby przekazano Sądowi Izby.

Na podstawie wyniku dochodzeń stwierdzono, że doniesienie o rzekomo nieludzkiem obchodzeniu się z położnicą jednego z kolegów — którato sprawa była już przedmiotem debaty na posiedzeniu Zarządu w dniu 27. maja 1925 — okazało się nieuzasadnionem.

W końcu przystąpiono do opracowania opinii do zamierzonej nowelizacji ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej i ustawy o Izbach lekarskich. Referent podnosi w przemówieniu wstępnem, że nie jest należycie unormowana ewidencja lekarzy i że należy żądać, aby lekarzom, którzy nie zgłosili się w Izbie, nie przysługiwało prawo wykonywania praktyki, dalej, że w ustawie brak postanowień zapewniających przeprowadzenie zarządzeń Izby i że należy szczegółowo rozważyć stanowisko i kompetencje Naczelnej Izby Lekarskiej.

Odnośnie do ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej podniesiono brak w ustawie określenia pojęcia praktyki lekarskiej, co należałoby uzupełnić, poczem uchwalono propozycje co do zmian w art. 2. 3. 4. i 9. tej ustawy.

W szczególności w debacie nad art. 3. wyrażono zdanie, że lekarz zgłaszający wykonywanie praktyki u władzy administracyjnej I. instancji powinien tej władzy przedłożyć następujące 3 dokumenty: dyplom lekarza, dowód dokonanej rejestracji i zaświadczenie wpisu do Izby lek. Uznano także za konieczne, aby niezgłoszenie się do wpisu w Izbie było karane grzywną.

Dalszą debatę odroczono.

Posiedzenie Zarządu w dniu 24. czerwca 1925.

Na zaproszenie Sekcji prasowej XII. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich wybrano delegatem Izby prof. Nowickiego.

Województwo Stanisławowskie nadesłało ogłoszony cennik lekarski. Postanowiono zwrócić uwagę na to, że niektóre pozycje cennika są zbyt niskie.

W sprawie wyborów nowej Rady Izby uchwalono: art. 17. ustawy o Izbach lekarskich interpretuje się w ten sposób, że przy wyborach do Rady I. decyduje większość względna. Następnie oznaczono dzień wyborów na 20. grudnia 1925., a najpóźniej do 15. września 1925. ogłosi się w P. Gazecie Lekarskiej termin wyborów i listę uprawnionych do głosowania. Odbitki listy wyszle się do wszystkich starostw w obrębie Izby Lwowskiej, nadto w dziennikach umieści się notatkę, że lista lekarzy uprawnionych do głosowania na członków Rady Lwowskiej Izby lek. jest ogłoszona w P. Gazecie Lek.

Następnie rozpatrywano zażalenie Dr. H. z powodu, że w pewnym zakładzie zdrojowo-kąpielowym nie respektuje się jego ordynacji i poddaje się je kontroli lekarza zakładowego. Żalący się jawił się osobiście na posiedzeniu, a po udzieleniu przez niego wyjaśnień powzięto uchwałę, że ze stanowiska lekarskiego nie jest dopuszczalne ograniczenie swobody ordynacji Dr. H.

Stosunki lekarzy pow. Kasy chorych w Drohobyczu, zilustrowane w zażaleniu drohobyckiego Obwodu Związku Lekarzy P. P., które były już omawiane na posiedzeniu w dniu 8. IV. 1925., przedstawił referent także w oświetleniu Zarządu Kasy chorych i protokołu z lustracji dokonanej przez delegata Okr. Urzędu ubezpieczeń we Lwowie. Lekarze kasowi w Drohobyczu mają wprawdzie znaczne dochody, ale są zbytnio obarczeni pracą, która z konieczności musi być powierzchowna, przypada bowiem zbyt wielka liczba ubezpieczonych na jednego lekarza i zbyt wiele ordynacyi na jednę godzinę pracy lekarza; stąd wynika, że część ubezpieczonych nie korzysta z pomocy lekarzy kasowych. Na wynagrodzenia lekarzy Kasa wydaje zbyt mało, znacznie poniżej normy 20% z dochodów brutto, przyjętej przez sfery lekarskie i zarządy wielu Kas chorych. Stosunki te skłoniły jednego z mówców do podniesienia koniecznej potrzeby rychłego opracowania i ogłoszenia przez Izbę norm pracy i skali płac dla posad lekarskich na zasadzie art. 22. ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej.

Uchwalono odnieść się do Zarządu Kasy chorych w Drohobyczu o odpis umowy z lekarzami i regulaminu dla lekarzy kasowych.

Następnie powzięto uchwały w sprawie zwolnienia jednego lekarza od opłaty izbowej, w sprawie prośby o odroczenie uiszczenia grzywny nałożonej przez Sąd Izby, w sprawie zażalenia lekarza na Kasę chorych w B. i w sprawie firmowania zakładu technika dentystycznego przez lekarza; wreszcie wydano jednę opinję co do wysokości honorarjum lekarskiego.